

## COMUNICACIONES ORALES I: CIRUGÍA UROLÓGICA I

- **Reimplante ureteral extravascular transperitoneal según técnica de Lich-Gregoir en el tratamiento del reflujo vesicoureteral.** Pérez-Etchepare E<sup>1</sup>, Varlet F<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Sta. Cruz de Tenerife. <sup>2</sup>Centre Hospitalier Universitaire de Saint Etienne. Francia.

**Objetivos.** Evaluar nuestros resultados del Reimplante Ureteral Extravascular Laparoscópico (RUEL), según técnica de Lich-Gregoir, en el tratamiento del Reflujo Vesico Ureteral (RVU).

**Material y Métodos.** Entre Agosto de 2007 y Enero de 2012, fueron tratadas 96 unidades renales en 72 pacientes, con deterioro de la función renal, realizando RUEL. De ellos, 21 pacientes presentaban un Doble Sistema Renal (DSR); en cinco casos estaban asociados a obstrucción: 2 con completo deterioro de la función del polo superior.

**Resultados.** RUEL fue factible en todos los casos. La edad media fue de 52 meses; el tiempo medio quirúrgico fue de 70 minutos en unilaterales y 144 minutos en bilaterales. Se realizó en un mismo tiempo operatorio dos heminefroureterectomías laparoscópicas, con escisión del Ureterocele. La estancia media hospitalaria fue de 27 horas. La resolución completa fue del 96,5%. Tres unidades renales disminuyeron a grado 2 unilateral de RVU y fueron consideradas como tratamiento fallido. En dos de ellos se realizó posteriormente terapia de inyección subureteral y en el tercero se reoperó con cirugía abierta. El seguimiento fue de 27 meses.

**Conclusiones.** RUEL según técnica de Lich-Gregoir es un procedimiento efectivo en RVU unilateral, bilateral y DSR. Cuando el DSR se asocia con obstrucción y total deterioro de la función del sistema superior, una heminefroureterectomía con escisión del ureterocele puede realizarse en forma segura y efectiva en el mismo acto quirúrgico. Con RUEL logramos una menor estancia hospitalaria, menos discomfort y rápida recuperación postoperatoria, con tasa de éxito similar a la cirugía abierta.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Flujometría en varones asintomáticos intervenidos mediante la técnica de Snodgrass.** Fernández Ibieta M, Zambudio Carmo G, Guirao Piñera MJ, Cabrejos Perotti K, Martínez Castaño I, Reyes Ríos P, Rojas Ticona J, Ruiz Jiménez JI. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Objetivos.** La uretroplastia mediante tubularización de la placa incidida (TIP), introducida por Snodgrass en 1994, es una técnica

extendida que produce buenos resultados funcionales y cosméticos, pero que puede ocasionar cambios en el chorro miccional con una curva y parámetros flujométricos alterados. La falta de elasticidad de la neouretra es considerada la causa, comprobándose la tendencia a la mejoría de los parámetros flujométricos con el paso del tiempo. El objetivo del estudio es conocer las características de los valores flujométricos en nuestros pacientes asintomáticos y su evolución en el tiempo.

**Material y Métodos.** Pacientes intervenidos mediante TIP entre 2005-2012, clínicamente asintomáticos, buena calibración uretral y no reintervenidos. Flujometrías realizadas en visitas periódicas, clasificación según volumen miccional. Comparación con Nomograma validado. Análisis: SPSS 15.0

**Resultados.** 85 pacientes intervenidos a una edad media de 2,7 años, con tiempo de seguimiento de 32 meses. En 57 (67,1%) el hipospadias fue coronal, 19 (22,4%) peneano distal y 9 (10,6%) peneano medio. Obtuvimos 131 flujometrías (1,54 por niño) a una edad media de 5,1 años. En controles precoces la curva fue acampanada en 21% (6/29), Qmax (flujo máximo): 7 ml/s, Qave (flujo medio) 4.3 ml/s. Estos valores mejoraron en controles posteriores: curva en campana: 28% (29/74) ( $p > 0,05$ ); Qmax: 8,09 ml/seg ( $p = 0,06$ ); Qave: 4,9 ml/seg ( $p = 0,07$ ). Al ajustar según el volumen de la micción, los resultados también mejoraron. Se construye Nomograma específico.

**Conclusiones.** Nuestros datos confirman que nuestros pacientes intervenidos de TIP y clínicamente asintomáticos pueden presentar cambios en los parámetros flujométricos con tendencia a mejorar en controles sucesivos.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Control de calidad de las uretroplastias. ¿De qué nos podemos fiar?** González Temprano N, Molina Caballero AY, Ayuso González L, Pisón Chacón J, \*Bermejo Fraile B, Pérez Martínez A. *Sº de Cirugía Pediátrica y \*Medicina Preventiva. Complejo Hospitalario de Navarra B. Pamplona.*

**Objetivos.** Con el tratamiento de los hipospadias buscamos conseguir un pene con meato ortotópico, enderezado, con aceptable aspecto estético y sin estenosis. Hemos decidido buscar la correlación entre los datos flujométricos, apreciación subjetiva del chorro miccional y las complicaciones sufridas.

**Material y Métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los hipospadias intervenidos desde 2002. En el grupo de los mediopeneanos incluimos además encuestas de satisfacción telefónica y control flujométrico del chorro miccional (escalas de Liverpool y Gutiérrez

Segura). Los datos fueron procesados con SPSS 20.0 mediante tests no paramétricos.

**Resultados.** Incluimos 230 historias, 117 hipospadias distales, 81 mediopeneanos y 32 proximales. La edad media de la primera intervención fue de 48,23 meses (rango: 23-178). Tuvimos un 51,1% de complicaciones incluyendo sangrado, fístula, megauretra y estenosis de meato. Centramos el análisis en los mediopeneanos por ser un grupo más homogéneo en cuanto a técnica, tipo de sutura y sondas empleadas. Aunque solo un 21,7% de las familias y pacientes estaban insatisfechos con el chorro miccional y un 23,4% de los enfermos presentaban estenosis meatal sintomática, la flujometría mostró estenosis uretral en un 80,65% de los casos. No hemos encontrado relación al comparar la flujometría con la técnica quirúrgica empleada ( $p > 0,2$ ) ni con la aparición de complicaciones ( $p > 0,8$ ). Un 60,85% de los padres y pacientes estaban contentos con el resultado estético.

**Conclusiones.** Aunque nuestros resultados globales son pobres debemos buscar un parámetro de control distinto a la flujometría postoperatoria aislada o a las apreciaciones subjetivas de padres o cirujano.

*Forma de presentación: Oral 3 minutos*

- **Epispadias masculino. Comparación de la técnica de Cantwell-Ransley vs Richard-Turner-Warwick.** Requena Díaz MM, Roldán Pérez S, Jiménez Crespo V, Barrero Candau R, Fernández Hurtado M, Maraví Petri A, García Merino F. *Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Valorar nuestros resultados utilizando las técnicas de Richard-Turner-Warwick (2 tiempos) y la técnica de Cantwell-Ransley (1 tiempo) en la corrección del epispadias masculino.

**Material y Métodos.** Se ha realizado un estudio retrospectivo de pacientes intervenidos de epispadias desde el año 1999, comparando el tipo de intervención utilizado y sus resultados funcionales y estéticos.

**Resultados.** Se intervinieron nueve niños con un rango de edad de entre 2 a 7 años hasta completar la corrección. Cuatro presentaban complejo extrofia vesical-epispadias, uno extrofia de cloaca, dos epispadias proximal y otros dos epispadias glandular que quedan excluidos del estudio. En cinco se utilizó la técnica de Richard-Turner-Warwick (RTW-transposición de uretra a zona ventral del pene y posterior uretroplastia de piel ventral, dos tiempos); en dos, la de Cantwell-Ransley (CR-tunelización de la placa uretral dorsal, un tiempo). Durante la evolución se ha observado que tras la RTW, dos niños han conseguido una buena continencia tras corrección e inyección de sustancia abultante en cuello vesical, dos presentaron fístulas con cierre espontáneo, con un aspecto estético bueno (según criterio subjetivo del cirujano y los padres). No se ha conseguido continencia tras la técnica CR (no utilizadas inyecciones en cuello vesical), habiendo aparecido fístula en ambos en el postoperatorio precoz, quedando tras la corrección estéticamente peor. El tamaño del pene y la corrección de la curvatura han sido más satisfactorias con la técnica en dos tiempos (RTW).

**Conclusiones.** Según nuestros resultados, concluimos que la técnica de RTW en dos tiempos, presenta resultados más satisfactorios en cuanto a función y estética.

*Forma de presentación: Oral 3 minutos*

- **Desconexión cérvico-uretral en niños: resultados a largo plazo.** Hernández Martín S, López Pereira P, López Fernández S, Ortiz Rodríguez R, Marcos M, Lobato Romera R, Martínez Urrutia MJ, Jaureguizar Monereo E. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

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

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

**Resultados.** El seguimiento fue de 10 años (2-17) y la edad final de 22 (13-32). Todos los pacientes están secos aunque 3 precisaron recierre por fístula urinaria. A largo plazo, 8 presentaron litiasis vesicales, 2 perforación vesical y 1 orquitis de repetición; 7 requirieron cirugía por complicaciones del estoma (4 estenosis y 3 incontinencia). Los 10 varones > 18 a reportaban erecciones y orgasmos, presentando disfunción eréctil 2. El volumen del eyaculado referido fue normal en 6, escaso en 3 y ausente en 1, siendo la proyección débil en 7. De 5 muestras seminales, únicamente 2 eran normales.

**Conclusiones.** La DCU consigue continencia urinaria en pacientes en quienes han fracasado otros procedimientos, aunque precisan un seguimiento de por vida. Las complicaciones tardías predominantes estuvieron relacionadas con el conducto cateterizable y la litiasis. Se necesitan más estudios para confirmar la alta incidencia de infertilidad y disfunción eréctil.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Dilatación retrógrada con balón para la estenosis de uretra.** Brun Lozano N, Sánchez Vázquez B, García Núñez B, Rigol S, Riba M, Falcó J, Bardají C, Duran C, Sanvicente B, Mesa JC, Obiols P. *Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell.*

**Objetivos.** Evaluación de la dilatación con balón como técnica mínimamente invasiva en las estenosis de uretra en niños.

**Material y Métodos.** Hemos tratado 9 pacientes afectados de estenosis de uretra con dilatación neumática en los últimos 10 años. Todos los casos fueron diagnosticados por urosonografía. 5 pacientes congénitas, 2 traumática, 2 postquirúrgicas. La dilatación se realiza con una cateterización atraumática de la uretra bajo visión radiológica, seguido de introducción de catéter con balón, luego se localiza la estenosis y se dilata con el balón. Después de dilatar el segmento estenótico se deja una sonda de Foley durante tres semanas. El seguimiento de las estenosis se realiza mediante urosonografía a 1, 3, 6 meses y al año. Se define como resolución de la estenosis cuando tras un año de dilatación, presentan micciones correctas sin sintomatología urológica.

**Resultados.** 7 casos se resolvieron con una dilatación, los dos casos postquirúrgicos, uno requirió 3 dilataciones y otra 4. Todos los pacientes miccionaron correctamente después de la retirada de sonda.

La urosonografía postdilatación mostró resolución de la estenosis en 8 casos, en un caso dada la persistencia de estenosis requirió dos nuevas dilataciones

**Conclusiones.** Podríamos considerar la dilatación de las estenosis de la uretra con balón como una técnica mínimamente invasiva, eficaz y con resultados satisfactorios. Los factores influyentes en eficacia de la técnica dependen de etiología, longitud y localización de la estenosis. Las estenosis postquirúrgicas son más difíciles de dilatar por la fibrosis secundaria. Esta técnica ya es usada para estenosis ureterovesicales en niños con correctos resultados.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Evolución del trasplante hepatorenal simultáneo infantil.** Delgado Duatis G, Asensio M, Royo G, Lara A, Martín J. *Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.*

**Objetivos.** Nuestro objetivo fue analizar los trasplantes pediátricos hepatorenales (THR) simultáneos con especial atención a los aspectos urológicos y su evolución.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo de 11 pacientes sometidos a THR simultáneo entre 2000 y 2012 en nuestro centro con una mediana de seguimiento de 3,8 años (0,5-10,5 años) comparando la supervivencia con el trasplante renal aislado (127 injertos en 101 pacientes en los últimos 12 años con un seguimiento medio de 5,3 ± 3,6 años).

**Resultados.** Con una mediana de edad de 9,2 años (2,5-16,2 años) se trasplantaron 11 pacientes (5 mujeres, 6 hombres) con los siguientes diagnósticos: 7 pacientes (63%) con Poliquistosis hepatorenal y 4 con Hiperoxaluria primaria. Ocho pacientes (72,7%) estaban en programa de hemodiálisis y dos ya habían sido trasplantadas previamente. El tiempo medio de isquemia fría fue de 12,2 horas y 58 minutos de caliente. Tres pacientes (27,2%) requirieron diálisis postrasplante, siendo re-trasplantados dos de ellos. El tiempo medio de ingreso fue de 30 días (7,5 en la UCI). Las complicaciones renales más frecuentes fueron el sangrado (3 pacientes reintervenidos) y una trombosis venosa renal; entre las hepáticas se produjo una estenosis de la anastomosis coledocal y una trombosis de la arteria hepática sin generar ninguna de ellas complicaciones en el injerto renal. La supervivencia del injerto renal a 10 años es del 63% en THR simultáneo y del 57% en TR aislado.

**Conclusiones.** En pacientes seleccionados con enfermedad hepatorenal terminal, la realización del THR simultáneo no empeora la supervivencia del injerto renal ni el número de complicaciones urológicas.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Trasplante renal pediátrico en un centro español: experiencia de 25 años.** López-Fernández S<sup>1</sup>, Ortiz R<sup>1</sup>, Martínez Urrutia MJ<sup>1</sup>, Lobato R<sup>1</sup>, López Pereira P<sup>1</sup>, Espinosa L<sup>2</sup>, García Meseguer C<sup>2</sup>, Alonso A<sup>2</sup>, Jaureguizar E<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Urología Pediátrica, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología Pediátrica. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Analizar nuestra experiencia de trasplante renal en receptores pediátricos.

**Material y Métodos.** De 1985 a 2010 hemos realizado 345 trasplantes renales (219 hombres y 126 mujeres), 81 de donante vivo (TRDV) y 264 de donante cadáver (TRDC); en 9 casos el trasplante fue hepatorenal simultáneo. El protocolo inmunosupresor estándar es: triple terapia con esteroides, micofenolato mofetilo o azatioprina y ciclosporina o tacrólimus, y desde 1991 con inducción (basiliximab o timoglobulina).

**Resultados.** La enfermedad renal primaria fue: uropatía obstructiva/dislipasia/hipoplasia/nefropatía por reflujo en 171 (59%), hereditaria 91 (96%) y glomerular 37 (11%). La edad media del receptor 10,4 ± 5,2 años. Se realizó trasplante anticipado en un 24,3% (48% de los TRDV vs 17% de los TRDC). Han fallecido 8 pacientes (debido a infección en 4, enfermedad cardiovascular 2, leucemia 1 y 1 en un retrasplante hepático). La supervivencia actuarial del paciente es 97,9%, 97,5% y 96,8% a 1, 5 y 10 años con una supervivencia del injerto de 90,1%, 76,6% y 58,4% respectivamente. Se han producido un total de 108 fracasos; las causas más comunes han sido: inmunológicas (69,4%), trombosis (3,7%) y recurrencia de la enfermedad de base (9,3%). Desde 1994 de 241 injertos el 28,2% tienen al menos un episodio de rechazo (32,3% de TRDC frente a 20% de TRDV).

**Conclusiones.** El TRDV es el mejor tratamiento para la enfermedad renal terminal en niños, con una mejoría en la supervivencia del injerto de un 8,8% a los 7 años en relación con el TRDC. Los receptores de TRDV tienen una menor incidencia de rechazo.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

## COMUNICACIONES ORALES II: CIRUGÍA UROLÓGICA II

- **Displasia renal multiquistica. El problema más allá del riñón afecto.** Enríquez Zarabozo EM<sup>a1</sup>, Amat Valero S<sup>1</sup>, Cavaco Fernandes R<sup>1</sup>, Blesa Sánchez E<sup>1</sup>, Carrasco Hidalgo-Barquero M<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica, <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. *Hospital Materno Infantil. SES. UEX. Badajoz. Grupo de Investigación en Pediatría (PAIDOS) (CTS 019).*

**Objetivos.** Revisamos nuestra experiencia en pacientes con displasia renal multiquistica con el objeto de valorar los problemas clínicos que plantea, la selección de pruebas diagnósticas y el tratamiento de la patología asociada.

**Material y Métodos.** Hemos atendido 35 pacientes con esta patología en los últimos 14 años. Se valoran: pruebas diagnósticas realizadas, anomalías asociadas y su tratamiento.

**Resultados.** Detección ultrasonográfica prenatal en todos salvo 2. Se plantearon dudas diagnósticas en los 5 con presentación ectópica (2 cruzados). En periodo neonatal: ecografía abdominal, cistouretrografía y gammagrafía renal en todos. Ante duda diagnóstica, urografía en 8 y RM en 2. Se detectan anomalías asociadas de cualquier tipo en 23 (65,7%). 16 (45,7%) presentan alteraciones urogenitales. Anomalías contralaterales: ectasia piélica 4, RVU 4, megauréter primario 2, ectopia renal 1. Homolaterales: criptorquidia 2, atrofia testicular 1, duplicidad pieloureteral 1. Otras: divertículos vesicales 1, dilatación utrículo prostático 1, incurvación peneana 1. Tratamiento de anomalías asociadas: antirreflujo 2, orquidopexia 2, corrección recurvado 1. Tras un tiempo medio de seguimiento de 6,7 años, todos permanecen asintomáticos salvo 3, 2 con proteinuria ortostática y 1 hipercalcemia estacional.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia, la urografía y/o la RM pueden aportar información adicional útil en casos seleccionados. La cistouretrografía con frecuencia añade pocos datos en ausencia de ectasia. La patología asociada es cuantitativa y cualitativamente importante y, en algunos pacientes, nos ha planteado si en caso de ectasia piélica o RVU contralateral la pauta a seguir debe ser o no similar a la de pacientes no monorrenos. La proteinuria e hipercalciuria pueden indicar daño glomerular o tubular.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Fast track en urología infantil: nefrectomía en prono ambulatoria.** Tardáguila Calvo AR, Romero Ruiz RM, Parente Hernández A, Rivas Vila S, Fanjul Gómez M, Corona Bellostas C, Angulo Madero JM\*. *Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón. Madrid. \*Jefe Sección Urología Infantil.*

**Objetivos.** El objetivo de la cirugía mínimamente invasiva es la deambulación inmediata con alta hospitalaria precoz, este protocolo *fast track* se lleva a cabo cada vez en más procedimientos urológicos, en nuestro centro estamos estudiando su viabilidad en la nefrectomía retroperitoneoscópica en prono.

**Material y Métodos.** Revisamos y evaluamos el grupo de pacientes intervenidos entre 2007 y enero de 2011 bajo criterios de cirugía con hospitalización y presentamos los pacientes intervenidos a partir de 2011 usando criterios de cirugía ambulatoria (ingreso menor de 8 horas). Recogimos factores epidemiológicos, diagnóstico, tiempo quirúrgico, requerimientos analgésicos en el postoperatorio inmediato (primera semana tras la intervención), sensación de confort transmitida por los padres y complicaciones.

**Resultados.** En todos los pacientes el abordaje retroperitoneoscópico se llevó a cabo a través de 2 puertos. Realizamos 34 nefrectomías, con un tiempo quirúrgico medio de 107 minutos. La estancia media fue inferior a 24 horas en 23 pacientes, dos de los cuáles fueron dados de alta en las 8 primeras horas postquirúrgicas. El ingreso superior a este tiempo se debió a multipatología preexistente o a foco febril no urológico. No se registraron complicaciones a corto ni medio plazo. El control analgésico fue excelente con AINES intravenosos, sin dolor tras el cambio a la vía oral.

**Conclusiones.** Pensamos que los criterios *fast track* son aplicables a la nefrectomía retroperitoneoscópica en pacientes sin patología asociada. En nuestra experiencia podría ser incluido en el programa de cirugía mayor ambulatoria, aumentando el confort del paciente de una manera segura y con un impacto económico positivo.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Rol de la laparoscopia en el tratamiento de estenosis pieloureteral en pacientes menores de un año.** Pérez-Etchepare E<sup>1</sup>, Varlet F<sup>2</sup>, López M<sup>2</sup>. <sup>1</sup>*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Sta. Cruz de Tenerife.* <sup>2</sup>*Centre Hospitalier Universitaire de Saint Etienne. Francia.*

**Objetivos.** Objetivo: Comparar nuestros resultados en el tratamiento laparoscópico de las Estenosis Pieloureterales (EPU) en niños menores de un año (grupo A) con el resto de los pacientes mayores de esa edad (grupo B).

**Material y Métodos.** Entre junio de 2005 a enero de 2013, realizamos 83 pieloplastias laparoscópicas en 81 niños. Se realizó pieloplastia laparoscópica transperitoneal según técnica de Anderson-Hynes. El seguimiento fue clínico, ecográfico y MAG3.

**Resultados.** Del grupo A (33 niños), la edad y peso medios fue de 6,8 meses y de 8 kg respectivamente. El tiempo medio quirúrgico fue de 110 minutos. La estancia media hospitalaria fue de 29 horas. No hubo necesidad de conversión ni complicaciones en el postoperatorio inmediato. Durante nuestro seguimiento medio de 43 meses, tuvimos 2 recurrencias resueltas con nuevo procedimiento laparoscópico. En el grupo B, la edad media fue de 69 meses. Hubo conversión en dos pacientes. El tiempo medio quirúrgico fue de 127 minutos. El tiempo medio de hospitalización fue de 2,4 días. Hubo 4 filtraciones de la anastomosis. El seguimiento medio fue de 49 meses. Tuvimos 3 pielonefritis. Hubo 2 recurrencias tratadas con ureterocalicostomía laparoscópica. La evolución fue favorable en todos los casos con mejoría de la curva de drenaje del MAG 3.

**Conclusiones.** El abordaje quirúrgico laparoscópico para el tratamiento de las EPU es difícil, aunque factible en grupo A con resultados comparables al grupo B.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Manejo de la urolitiasis pediátrica en nuestro medio.** Montalvo Ávalos C, López López AJ, Oviedo Gutiérrez M, Vega Mata N, Gómez Farpón Á, Álvarez Zapico JA. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Objetivos.** Conocer las características clínico-epidemiológicas y terapéuticas de la urolitiasis pediátrica en nuestro medio.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo, descriptivo, de pacientes diagnosticados de urolitiasis entre 1998 y 2010 en nuestro hospital.

**Resultados.** Se obtuvieron 32 pacientes (19 varones y 13 mujeres), con edad media al diagnóstico de 4.5 años (DS 1.9). Un 72% presentaban antecedentes de alteraciones metabólicas o malformaciones nefro-urológicas. La forma de presentación más común fue infección urinaria (53%) y dolor abdominal (21%). El diagnóstico se realizó mediante ecografía, contando con radiografía compatible en 18 casos. La localización más frecuente fue a nivel pielocalicial, afectando al riñón izquierdo en su mayoría. Un 38% presentaron múltiples cálculos con un tamaño de 11 mm de mediana (3 a 30 mm). Se utilizó ureteroscopia en 16 ocasiones para cálculos a nivel vesical y ureteral distal, con una efectividad del 75%, siendo necesario realizar cistotomía con trocar de laparoscopia para su extracción en 2 pacientes. Se realizaron 8 procedimientos de litotricia extracorpórea (éxito del 25%) y 8 nefrolitotomías percutáneas (éxito del 37.5%). En 3 pacientes se decidió realizar lumbotomía debido al tamaño del cálculo; y, en 1 paciente nefrectomía por anulación funcional. La complicación más habitual fue la recurrencia en 10 pacientes, la mayoría con alteraciones metabólicas y litiasis múltiples; evolucionando favorablemente el resto.

**Conclusiones.** La urolitiasis pediátrica es infrecuente, mostrando mayor incidencia en pacientes con antecedentes de alteraciones metabólicas y urológicas, siendo importante realizar estudios complementarios. En los últimos años se ha avanzado en el tratamiento quirúrgico mediante procedimientos mínimamente invasivos con eficacia y seguridad.

*Forma de presentación: Oral 3 minutos*

- **¿Está justificado el tratamiento endourológico del megauréter obstructivo primario (MOP) en lugar del reimplante ureteral?**

García-Aparicio L<sup>1</sup>, Rodó J<sup>1</sup>, Palazón P<sup>1</sup>, Martín O<sup>1</sup>, Manzanares A<sup>1</sup>, García-Smith N<sup>1</sup>, Bejarano M<sup>1</sup>, Blázquez-Gómez E<sup>2</sup>, Ribó JM<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Unidad de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena. Universidad de Sevilla.

**Objetivos.** Comparar los resultados entre la dilatación endoscópica (DE) y el reimplante ureteral (RU) en el tratamiento del MOP.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo de aquellos pacientes que fueron tratados de MOP entre 2005 y 2010. Fueron divididos en dos grupos: DE y RU. En todos los pacientes se realizaron los siguientes estudios preoperatorios y postoperatorios: ecografía renal y vía urinaria cistouretrografía miccional seriada (CUMS), y renograma diurético MAG3. Los datos cualitativos se analizaron mediante Chi<sup>2</sup> o test de Fischer, y los cuantitativos mediante la U-Mann-Whitney para datos no apareados y el test de Wilcoxon para los datos apareados.

**Resultados.** Grupo DE: 13 pacientes con mediana de edad 11,38 meses y el grupo RU: 12 pacientes con mediana de edad de 22,92 meses, no existieron diferencias significativas en todos los parámetros preoperatorios. El diámetro de la pelvis renal, cálices y uréter distal en el grupo DE fue de 23,25, 13,46, y 15,77 mm. respectivamente; y en el grupo RU: 22,25, 11,75 y 19,08 mm ( $p > 0,05$ ). La función renal diferencial fue de 46,62% y 39,33% en el grupo DE y RU, respectivamente ( $p > 0,05$ ). Existió una mejoría de la ureterohidronefrosis en 11/13 pacientes del grupo DE y de 11/12 en el grupo RU ( $p > 0,05$ ). En dos pacientes del grupo DE apareció RVU y en uno del grupo RU ( $p > 0,05$ ). Se practicó un reimplante ureteral secundario en 3 pacientes del grupo DE y en 2 del grupo RU ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones.** El tratamiento endoscópico del MOP es tan eficaz como el reimplante ureteral, aunque se necesitan resultados a largo plazo.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Manejo quirúrgico de los divertículos vesicales congénitos primarios en niños.** Sanchís Blanco G, Bordallo Vázquez M, Povo Martín I, Fonseca Martín R, Domínguez Hinarejos C. *Hospital Universitari i Politècnic La Fe.*

**Objetivos.** Revisar nuestra experiencia en los divertículos vesicales congénitos primarios (DVP), su presentación clínica y el tratamiento quirúrgico en la infancia.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo desde el año 2000 hasta 2012, que incluye 29 pacientes con DVP intervenidos. Se excluyeron los considerados secundarios y los diagnosticados durante el acto quirúrgico y no previamente. Revisamos las variables: sexo, edad, clínica de presentación, patología asociada, tipo de intervención y evolución.

**Resultados.** Los pacientes eran 27 varones y 2 mujeres, con edad media de 4,3 años (1 mes-12 años). Clínicamente presentaban infección urinaria (n= 20; 70%), retención aguda de orina (n= 2), enuresis nocturna (n= 1), dolor abdominal recurrente (n= 1) o asintomáticos con hallazgo en cistografía realizada por uropatía de diagnóstico prenatal (n= 5). Asociaban reflujo vesicoureteral (RVU) (n= 14), ureterohidronefrosis sin RVU (n= 4) o atrofia renal (n=

3). Un paciente padecía el síndrome de Ehlers-Danlos (E-D). Los divertículos eran, según la localización, parauretrales (n= 20), posterolaterales (n= 8) y de distribución mixta (n= 1; E-D). El tratamiento quirúrgico consistió en diverticulectomía aislada en 5 pacientes, en 22 casos se asoció reimplante ureteral por vía intravesical y nefroureterectomía más diverticulectomía extravesical en 2 de los pacientes con anulación funcional del riñón. Todos los casos evolucionaron satisfactoriamente, con resolución de las infecciones y desaparición del RVU en aquellos que lo presentaban.

**Conclusiones.** La presentación clínica más frecuente de los DVP es la infección urinaria. En nuestra serie, el tratamiento quirúrgico excisional asociado a reimplante ureteral antirreflujo en los casos necesarios ha resultado resolutorio y satisfactorio.

*Forma de presentación: Oral 3 minutos*

- **Rabdomiosarcoma genitourinario en la infancia: nuestra experiencia.** Morante Valverde R, Cabezalí Barbancho D, Moreno Zegarra C, González Herrero M, López Vázquez F, Aransay Bramtot A, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.*

**Objetivos.** Analizar los casos de rabdomiosarcoma (RMS) de localización genitourinaria tratados en nuestro Centro y el papel que la cirugía tiene en su tratamiento.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo de 20 pacientes (7 niñas y 13 niños) con edades de 1 mes a 12 años (mediana 24 meses) con RMS del tracto urogenital tratados en el nuestro Hospital desde 1990 hasta 2012. Se describen variables demográficas, localización del tumor primario, estadio al diagnóstico, tratamiento recibido, tanto médico como quirúrgico, con especial atención al tipo de cirugía realizada y seguimiento en términos de supervivencia.

**Resultados.** La localización del tumor primario fue: vejiga (6), paratesticular (5), vagina (3), retroperitoneo (3), pelvis menor (2) y próstata (1). Todos recibieron tratamiento médico con quimioterapia y radioterapia según protocolo de la SIOP previa biopsia diagnóstica. La cirugía, practicada en todos los casos como coadyuvante fue: reevaluación por biopsia (1), orquiectomía (5), resección tumoral (8) y cirugía radical (cistoprostatectomía o exenteración pélvica) en 6 pacientes. Hubo 3 fallecimientos, 2 por progresión de la enfermedad y 1 por sepsis postoperatoria. Los 17 restantes están vivos y la supervivencia media libre de enfermedad es de 9 años.

**Conclusiones.** El RMS es el tumor de tejidos blandos más frecuente en la infancia y la localización genitourinaria la segunda en frecuencia tras las parameninges. El tratamiento es multidisciplinar y la cirugía tiene un papel coadyuvante en casos de no respuesta al tratamiento médico o de tumor residual aunque hay pacientes que precisan de cirugía radical para su curación.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Vaginoplastia con sigma: resultados a largo plazo.** Lara A, Asensio M, Royo G, Delgado G, Martín JA. *Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.*

**Objetivos.** Hay pocos estudios de la funcionalidad y la satisfacción de las pacientes sometidas a vaginoplastia con sigma (VS). El

objetivo de este trabajo es conocer la evolución a medio-largo plazo de las pacientes sometidas a VS en nuestro centro.

**Material y Métodos.** Hemos analizado 8 casos de VS realizados en nuestro centro desde el año 2000, incluyendo diferentes diagnósticos. La vaginoplastia se ha realizado según la técnica de Baldwin. Se han documentado las variables perioperatorias, el calibre vaginal final, la necesidad de dilataciones así como la funcionalidad. Se ha enviado un cuestionario de satisfacción sexual (FSFI).

**Resultados.** Desde el año 2000 se han realizado 8 VS, a una edad media de 17,8 años. Los diagnósticos fueron Síndrome de Rokitansky (n= 3), insensibilidad androgénica (n= 4) y sarcoma botrioides vaginal (n= 1). La duración media de la intervención fue de 6,14 h +1,14 h y no se produjeron complicaciones intraoperatorias. Hubo dos sepsis en el postoperatorio inmediato, con buena evolución. La duración media de hospitalización fue de 10,7 días + 4,03 días. Con un seguimiento medio de 3,4 años + 41 meses, sólo una paciente presentó estenosis vaginal con dilataciones más allá de los 6 meses postoperatorios, ninguna refiere problemas con las secreciones y cinco pacientes tienen relaciones sexuales.

**Conclusiones.** La VS es un procedimiento con buenos resultados, siguiendo un programa dilataciones diarias hasta alcanzar un calibre vaginal adecuado. Las pacientes están satisfechas con el resultado cosmético, el flujo de la neovagina tiene características similares a las fisiológicas y pueden mantener relaciones sexuales satisfactorias.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

### COMUNICACIONES ORALES III: CIRUGÍA TORÁCICA

- **Aplicaciones de las endoprótesis de nitinol en patología esofágica.** Martínez Criado Y, Vivas Colmenares G, Jiménez Crespo V, Gracia Velilla A, De Agustín Asensio JC. *Hospital Infantil. Hospitales Universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Existe controversia sobre la seguridad y efectividad de las endoprótesis esofágicas (EPE) en niños. Revisamos su aplicación en estenosis y fístulas esofágicas.

**Material y Métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo de las EPE colocadas en nuestro centro. Las variables analizadas son: motivo, tiempo de implantación, procedimientos quirúrgicos previos y posteriores a su retirada, complicaciones y resultados.

**Resultados.** Entre 2007 y 2012, se han colocado 7 EPE de nitinol a 4 pacientes: 2 por estenosis cáustica y 2 por refistulización secundaria a atresia de esófago (AE). Un paciente con causticación completa del esófago requirió de 3 EPE y posteriormente otra más por estenosis residual. Otro paciente causticado precisó de una sola prótesis. La media de dilataciones previas fue de 8 (rango: 1-15), siendo necesarias 6 dilataciones de media (rango: 2-10) posteriores a la retirada. Dos EPE fueron colocadas por refistulizaciones en AE no resueltas tras 2,5 cirugías de media (rango: 1-5) y un manejo conservador durante 19,5 días (rango: 15-26). El tiempo medio de colocación fue de 28 días (rango: 26-30). Complicaciones precoces: todos presentaron disfagia y la mitad vómitos; 3 dificultad respiratoria; en un caso la prótesis migró 1cm sin consecuencias. Complicaciones tardías: un paciente presentó bronconeumonías recurrentes con desnutrición, y otro, dos episodios de impactación. Todas las estenosis remitieron y desaparecieron las fístulas.

**Conclusiones.** La colocación transitoria de EPE es un procedimiento poco invasivo que puede utilizarse con seguridad y con escasas complicaciones en pacientes pediátricos con estenosis causticas resistentes y en la recidiva aguda de fístulas esofágicas.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Aspiración de cuerpo extraño bronquial. Un problema potencialmente letal menospreciado.** Domènech Tàrrega AB, Gutiérrez San Román C, Ibáñez Pradas V, Barrios Fontoba JE, Lluna González J, Vila Carbó JJ. *Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** Realizar un estudio retrospectivo y analítico de los casos de aspiración de cuerpo extraño bronquial de los últimos 12 años. Valorando su incidencia, su evolución y su prevención.

**Material y Métodos.** Se presentan 178 pacientes (114 hombres y 64 mujeres) visitados en nuestro hospital desde enero del 2000 a diciembre del 2012 con sospecha de aspiración de cuerpo extraño bronquial (CE). Se analizan los resultados mediante pruebas Chi-cuadrado y U-Mann-Whitney.

**Resultados.** La media de edad fue de 3,23 años (S.D. 2,9). El tiempo de evolución hasta que acudieron a nuestro centro fue igual o menor de 3 días en el 70,8% (126 casos). El CE más frecuentemente broncoaspirado fueron los frutos secos (78%). Las complicaciones que se presentaron previas al ingreso en el hospital fueron: neumonía (21,3%) y exitus (1,1%), el resto no presentaron complicaciones. Se halló una relación significativa respecto al tiempo de evolución y las complicaciones al diagnóstico ( $\chi^2= 41,2$  p= 0,000). Por el contrario, no existió asociación entre el tiempo de evolución y el número de bronoscopias necesarias para la extracción del CE (U= 3187,5 p= 0,644), en cambio el tiempo de evolución influyó en la duración de la estancia hospitalaria (U= 2593 p= 0,026).

**Conclusiones.** La aspiración de CE es un proceso frecuente y con complicaciones severas, completamente evitable con una adecuada prevención. La incidencia sorprendentemente no ha disminuido a lo largo de estos últimos años, siendo máxima en el año 2001 (6,34 casos por 100.000 habitantes) y mínima en el 2007 (2,04). Precisamos más campañas de prevención dada la gravedad de este proceso.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Cambios en la técnica quirúrgica de la lobectomía pulmonar toracoscópica: Influencia en los resultados.** Moreno Zegarra C, López Díaz M, Morante R, González M, Tordable C, Carrillo I, García VA, Cano I, Benavent MI, Gómez A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Introducción.** La toracotomía es el abordaje clásico de la lobectomía pulmonar. Diferentes avances técnicos en cirugía mínimamente invasiva (CMI), permiten, actualmente, realizarla por vía toracoscópica en la edad pediátrica.

**Objetivos.** El objetivo de este artículo es evaluar la evolución en la técnica quirúrgica y los resultados de las lobectomías toracoscópicas, en nuestro departamento.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo de las lobectomías pulmonares toracoscópicas realizadas desde el 2003 al 2012. Hemos

tratado a 36 pacientes: 17 niños y 19 niñas. Todos ellos fueron diagnosticados prenatalmente. Veintinueve (80%) estaban asintomáticos al nacimiento. Edad media en el momento de la intervención: 12.4 meses. El diagnóstico preoperatorio fue: enfisema lobar congénito (1), MAQ (21), MAQ-secuestro (11), secuestro (2) y una asociación MAQ-secuestro-hernia diafragmática congénita. Para la técnica se han utilizado 4 trócares en todas las cirugías excepto en 2. Se realizó intubación selectiva en 6.

**Resultados.** El 83% de las lobectomías fue de lóbulos inferiores. El tiempo quirúrgico medio ha sido 163 min. No ha habido reconversiones. Se registraron 10 complicaciones postquirúrgicas: hemotórax (2), infecciones (3), fístulas bronco-pleurales (5). El tiempo de ingreso medio fue de 4 días.

**Conclusiones.** Las lobectomías toracoscópicas son técnicas quirúrgicas complejas, que no están exentas de complicaciones, como hemos podido observar en nuestra serie. Tras valorar los resultados y la curva de aprendizaje inicial, hemos observado una importante mejora y evolución de nuestra técnica quirúrgica, lo que ha implicado una disminución tanto del tiempo quirúrgico como de las complicaciones.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Rentabilidad diagnóstica de la biopsia pulmonar en la enfermedad pulmonar intersticial.** Soares AR, Alonso V, Millán A, Fdez-Hurtado M, Matute JA, De Agustín JC. *Hospital Universitario Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Valorar la rentabilidad diagnóstica de la biopsia pulmonar (BP) en niños con enfermedades pulmonares intersticiales (EPI).

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo observacional de las BP realizadas en niños por sospecha de EPI entre el 2007 y 2012. Analizamos los datos demográficos; estancia hospitalaria (EH), días de drenaje endotorácico (DET), estancia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), vías de abordaje; resultados anatomopatológicos; complicaciones postoperatorias, modificaciones del tratamiento tras la BP; sintomatología y corticodependencia actual.

**Resultados.** 21 BP fueron realizadas en 18 pacientes (13 niños / 5 niñas). La edad media fue 49 meses (rango: 2-196). La EH media 12,5 días (rango 2-31). El tiempo medio del DET 3 días (rango 1-17). El 38% (8/21) precisó ingreso en UCI. Practicamos toracotomía en 11 (52%) de las 21 BP, siendo diagnósticas el 64%; 6 BP (29%) realizadas mediante toracosopia, siendo diagnósticas un 83%; 4 BP (19%) abordadas mediante minitoracotomía fueron diagnósticas en un 25%. 7 BP (33%) presentaron complicaciones postoperatorias (neumotórax, enfisema subcutáneo), 5 de éstas realizadas antes del 2010. Tras la BP, en 16 (89%) de los 18 pacientes se modificó el tratamiento. Actualmente 12 niños (67%) están asintomáticos. El 33% (6/18) de ellos son corticodependientes.

**Conclusiones.** - La BP tiene una alta rentabilidad diagnóstica en pacientes pediátricos con sospecha de EPI. - El número de BP realizadas en nuestro centro se ha incrementado en los últimos años. - El abordaje toracoscópico es una alternativa segura que permite obtener una mejor rentabilidad diagnóstica.

*Forma de presentación: Oral 3 minutos*

- **La cervico-esternotomía como abordaje de patología tumoral u ortopédica toraco-cervical.** Ortiz R<sup>1</sup>, Domínguez E<sup>1</sup>, López Fernández S<sup>1</sup>, Sánchez A<sup>1</sup>, Sánchez Pérez-Grueso F<sup>2</sup>, Martínez L<sup>1</sup>, Tovar JA<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Departamento de Cirugía Pediátrica; <sup>2</sup>Servicio de Traumatología y Ortopedia, Unidad de raquis. *Hospital Infantil La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** La cervicotomía y la toracotomía lateral no permiten un acceso adecuado a la columna cervical inferior ni al mediastino postero-superior con control vascular y nervioso seguros. La incisión de trap-door es destructiva. Comunicamos nuestra experiencia con cervico-esternotomía para estos casos.

**Material y Métodos.** Operamos por esta vía 6 pacientes entre 1998 y 2011 para extirpación de tumores neurales (n= 2), y realización de artrodesis cervical anterior en escoliosis congénita (n= 2), neuropática (n= 1) y osteolítica (n= 1). La cervico-esternotomía fue seguida de timentomía, separación de la vena innominada y disección de las yugulares, carótidas y vagos.

**Resultados.** Las medidas tumorales eran 10,9 x 3,9 x 8,7cm y 8 x 6 x 5cm, englobando la cadena simpática paravertebral desde el arco aórtico hasta la base del cráneo, y extendiéndose desde el hilio pulmonar izquierdo hasta la región tiroidea, respectivamente. En los pacientes con escoliosis cervical, fue posible por esta vía la fijación anterior entre C5 y D5. Las complicaciones fueron Síndrome de Horner y linfedema braquial transitorio. La mediana de tiempo operatorio fue 210 minutos (rango 180-240), la pérdida sanguínea estimada fue 2,7 cc/kg (0-13,8), y la estancia hospitalaria 7 días (5-18).

**Conclusiones.** La cervico-esternotomía es un abordaje óptimo para esta región anatómica en niños. Permite una mejor exposición del mediastino posterosuperior que la cervicotomía y la toracotomía, con un adecuado control de las estructuras vasculares y nerviosas, presentando un postoperatorio sorprendentemente confortable.

*Forma de presentación: Oral 3 minutos*

- **Denervación cardíaca simpática izquierda en las arritmias ventriculares congénitas: Experiencia inicial.** Tarrado Castellarnau X, Saura García L, Manzaneros Quintela A, Sarquella Brugada G, Ribó Cruz JM, Julià Masip V. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

**Introducción.** La denervación simpática cardíaca izquierda (LCSD) se ha utilizado como tratamiento de segunda línea de las arritmias ventriculares con potencial riesgo de muerte que no responden al tratamiento farmacológico y que sólo son manejables con desfibriladores implantables. Se han utilizado en taquicardias ventriculares (TV) idiopáticas, en el síndrome de QT largo congénito (LQTS) y en la TV polimórfica catecolaminérgica (CPVT). Dada la excepcionalidad de estas patologías, la serie pediátrica más numerosa incluye sólo 19 casos.

**Objetivos.** Reportar nuestros primeros casos de LCSD vía toracoscópica con esta indicación.

**Material y Métodos.** *Caso 1:* Neonata afecta de LQTS, con salvas constantes de TV y torsade de pointes sin respuesta al tratamiento médico. A los 27 días de vida se realiza simpaticolisis izquierda T1-T3-T5 con ramicotomía. *Caso 2:* Paciente de 10 años con retraso cognitivo y epilepsia, diagnosticada de CPVT a raíz de síncope en

situaciones de estrés. Debido al mal control con el tratamiento médico realizamos el mismo procedimiento que en el caso 1.

**Resultados.** No se registraron complicaciones intra ni postoperatorias. El primer caso presentó una drástica reducción de las TV y torsade de pointes y en el segundo desaparecieron completamente las TV. Con un seguimiento de 24 y 3 meses ambas pacientes permanecen asintomáticas y reciben tratamiento betabloqueante oral.

**Conclusiones.** La LCSD reduce significativamente el riesgo de arritmia ventricular grave en pacientes con LQTS y CPTV. Nuestra corta experiencia sugiere que la denervación puede ser tan efectiva mediante simpaticolisis como por sympatectomía.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **V.01 Nuevo método de elevación esternal en el procedimiento de Nuss con índice de Haller extremo.** Bardají Pascual C<sup>1</sup>, García-Núñez B<sup>1</sup>, Bardají de Quixano A<sup>2</sup>, Brun Lozano N<sup>1</sup>, Cassou Arnaiz L<sup>3</sup>, Díaz Silva X<sup>3</sup>, Riba Martínez M<sup>1</sup>, San Vicente Vela B<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Corporació Sanitaria i Universitaria Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). <sup>2</sup>Escuela Técnica Superior de Ingeniería Industrial. UPC. <sup>3</sup>B.Ventura Medical Technologies.

**Objetivos.** El Pectus Excavatum severo se caracteriza por la existencia de una distancia extremadamente reducida entre el esternón y los cuerpos vertebrales, que se traduce por índices de Haller muy elevados que produce una notable dificultad no exenta de riesgos al pasar la pinza de Kelly o la espada durante el procedimiento de Nuss. La elevación esternal previa a la introducción de dicho utillaje es la solución recomendada en estas situaciones.

**Material y Métodos.** Se ha diseñado un kit compuesto por tres elementos: una placa ovalada, un tornillo de esponjosa y un sistema reductor del hundimiento esternal. Se han realizado pruebas preclínicas in vivo e in vitro, en bancada de ensayos y en hueso animal. La resistencia a la tracción de dicho tornillo, es de unos 40 Newtons, siendo 9,8 Newtons la fuerza estimada para una elevación esternal. Su uso ha sido aprobado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad, Seguridad Social y Asuntos Sociales. Previo a Nuss se implanta transitoriamente el tornillo, que es traccionado progresivamente por el sistema extractor, efectuando contra tracción sobre la placa ovalada colocada sobre el tórax. Una vez reducido el hundimiento, el índice de Nuss se ha reconducido a la normalidad, siendo extremadamente sencillo introducir sin dificultades la Pectus Bar.

**Resultados.** Mediante este procedimiento complementario, conseguimos la reposición orto tópica del esternón previa a la realización de la toracoplastia de Nuss.

**Conclusiones.** Consideramos este método un buen complemento a la técnica de Nuss en el Pectus Excavatum severo.

*Forma de presentación: Vídeo 5 minutos*

- **V.02 Pectus Plate. Nuevo procedimiento quirúrgico extratorácico del pectus excavatum.** Bardají Pascual C<sup>1</sup>, García-Núñez B<sup>1</sup>, Brun Lozano N<sup>1</sup>, Cassou Arnaiz L<sup>2</sup>, Díaz Silva X<sup>2</sup>, Bardají de Quixano A<sup>3</sup>, Riba Martínez M<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Corporació Sanitaria i Universitaria Parc Taulí. Sabadell. (Barcelona). <sup>2</sup>B.Ventura Medical Technologies. <sup>3</sup>Escuela Técnica Superior de Ingeniería Industrial. UPC.

**Objetivos.** La toracoplastia de Nuss se basa en la elevación intratorácica del hundimiento esternal mediante una Pectus Bar que, efectuando palanca en las paredes laterales del tórax, eleva el esternón reposicionándolo de forma ortotópica. Basándonos en el principio de elasticidad torácica, hemos desarrollado un nuevo procedimiento quirúrgico que permite la corrección del pectus excavatum (PE) por una vía exclusivamente extratorácica. Presentamos con detalle en el siguiente video dicho procedimiento.

**Material y Métodos.** El utillaje empleado es: una Pectus Plate®, un tornillo de esponjosa y un sistema reductor del hundimiento esternal. La técnica consta de dos partes: la reducción del hundimiento (lifting) y la fijación (fasting). La Pectus Plate es alojada en situación subcutánea preesternal a la altura del máximo hundimiento. El defecto esternal se reduce mediante el conjunto-tornillo de esponjosa y material extractor. Una vez repuesto el esternón, éste es fijado de forma definitiva a la placa mediante varios tornillos.

**Resultados.** Se consigue la reducción y estabilización del hundimiento torácico con una mínima incisión.

**Conclusiones.** Consideramos este nuevo método exclusivamente extratorácico mínimamente invasivo como una muy buena solución quirúrgica para el PE.

*Forma de presentación: Vídeo 5 minutos*

- **Síndrome de Poland e injertos de tejido adiposo.** Manzano Surroca M, Ribo Cruz JM, Parri Ferrandis F, Albert Cazalla A, Bejarano Serrano M. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues.

**Objetivos.** Evaluar el resultado final reconstructivo en 6 casos de síndrome de Poland tratados en un primer tiempo con prótesis mamaria de gel cohesivo y en un segundo tiempo con injertos de tejido adiposo.

**Material y Métodos.** 6 chicas fueron sometidas a reconstrucción mamaria bilateral realizándose en un primer tiempo la reconstrucción con prótesis mamaria de gel cohesivo anatómica y en un segundo tiempo injertos de tejido adiposo en la mama reconstruida así como dimerización de la mama contralateral. Se tomaron fotos pre y postoperatorias y se realizó la clasificación de Borucas para determinar el volumen necesario.

**Resultados.** En las 6 pacientes se objetivo la mejora del contorno torácico al año de la última intervención tanto desde el punto de vista de volumen como de proyección y anchura de la mama.

**Conclusiones.** El uso de injertos de tejido adiposo mejora el resultado en casos de síndrome de Poland ya que se puede corregir el pliegue axilar anterior, el hundimiento infraclavicular, la proyección y la simetría con un método versátil, con poca morbilidad pudiendo personalizar el tratamiento sin necesidad de prótesis customizadas.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

## COMUNICACIONES ORALES IV: CIRUGÍA GENERAL I

- **Aplicaciones del autoinjerto graso en pacientes pediátricos.** Moratalla Jareño T, González Alonso V, López Blanco E, Domènech Tárrega AB, Carazo Palacios ME, Gutiérrez Ontalvilla P. H. Universitario La Fe. Valencia

**Objetivos.** Presentar la utilidad del autoinjerto graso en diversas patologías en pacientes pediátricos

**Material y Métodos.** Estudio descriptivo de 18 pacientes desde 2009 a 2012 en quienes se utilizó lipoinjerto autólogo. 11 pacientes presentaban secuelas cicatriciales, 2 pacientes asimetría mamaria, 1 paciente agenesia mamaria bilateral, 4 pacientes asimetrías faciales por síndromes congénitos. Técnica quirúrgica: Lipoaspiración de zona donante y centrifugación del aspirado. Implantación de grasa en regiones seleccionadas. Las variables estudiadas fueron: complicaciones, resultados objetivos, resultados subjetivos (encuesta de satisfacción), zonas donantes y número de sesiones.

**Resultados.** No se presentaron complicaciones. De los 11 pacientes con secuelas cicatriciales, el 100% mostraron mejoría, en coloración, síntomas, elasticidad y volumen. En los 2 casos con asimetría mamaria se objetivó simetría prácticamente completa. En la agenesia mamaria bilateral, se consiguió una neoformación mamaria con volumen y aspecto simétrico y natural. 3 pacientes con asimetría facial presentaron mejoría del contorno y simetría. Sólo en un caso, se objetivó reabsorción cuasicompleta a pesar de múltiples sesiones. Para obtener resultados óptimos, el 39% de los pacientes necesitaron una sesión, otro 39%, varias sesiones. El 22% restante están pendientes de nueva intervención. En 12 pacientes se utilizó como zona donante el abdomen, en 6, los muslos. Los resultados fueron similares, independientemente de la localización. La satisfacción de los pacientes fue: 67% muy satisfecho, 22% satisfecho, 11% poco satisfecho, 0% insatisfecho.

**Conclusiones.** Este estudio sugiere que el uso de lipoinjerto autólogo puede utilizarse en las patologías descritas, debido a la baja complejidad quirúrgica, a los buenos resultados obtenidos y a la inexistencia de complicaciones.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Tratamiento quirúrgico de nevus melanocítico gigante: un cambio de objetivo.** Carrera Matute J<sup>1</sup>, Albert Cazalla A<sup>1</sup>, Vicente Villa MA<sup>2</sup>, Brualla Palazon DA<sup>4</sup>, Rovira Zurriaga C<sup>3</sup>, Manzano M<sup>4</sup>, Parri Ferrandis F<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Cirugía Pediátrica, <sup>2</sup>Dermatología, <sup>3</sup>Anatomía Patológica, <sup>4</sup>Cirugía Plástica. Hospital San Joan de Déu. Barcelona.

**Objetivos.** Revisión de la experiencia quirúrgica en el manejo de Nevus Melanocítico Gigante (NMG) y del tratamiento a través de los años.

**Material y Métodos.** Revisión de casos de NMG desde 1994, recogiendo: año y edad al inicio del tratamiento, tipo de tratamiento, número de intervenciones y complicaciones, histología, RM de SNC y evolución.

**Resultados.** Once pacientes (7 mujeres y 4 varones), con NMG > 10% de la superficie corporal consultaron en Cirugía Pediátrica entre el nacimiento y los 8 años. Todos fueron sometidos a múltiples cirugías (2-19), desde exéresis totales o parciales hasta sólo biopsias. En 8 niños se utilizaron expansores y plastias y en 3 de ellos injertos de piel sobre sustituto dérmico; en 6 hubo complicaciones: 4 extrusiones, 5 infecciones, 3 necrosis de colgajo y 1 dehiscencia. En 6 niños se consiguió la exéresis total o subtotal del nevus, en 2 se ha interrumpido el tratamiento quedando 20% y 50% del nevus inicial. Tres niños no se trataron del NMG. Ninguno presentó melanoma

cutáneo, pero un paciente tuvo melanoma intracraneal y falleció. Otro presenta melanosos leptomeníngea. A 2 pacientes, ya adultas, se les ha reconstruido la mama afectada.

**Conclusiones.** Los objetivos del tratamiento y las técnicas elegidas han variado en las 2 últimas décadas: el tratamiento del NMG tiende a ser más conservador desde que se revisó a la baja la tasa de melanoma cutáneo; tampoco es aceptable un resultado cosmético inadecuado tras una infancia cargada de intervenciones. La gravedad la confiere la afectación del SNC.

*Forma de presentación: Oral 3 minutos*

- **Ginecomastia puberal: comparación entre el abordaje periareolar inferior y la técnica del doble anillo cutáneo.** Estors B<sup>1</sup>, Bragagnini P<sup>1</sup>, Fernández R<sup>1</sup>, González A<sup>1</sup>, Galeano N<sup>2</sup>, Elías J<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio Cirugía Pediátrica, <sup>2</sup>Servicio Cirugía Plástica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** El principal motivo de consulta e indicación de tratamiento quirúrgico en la ginecomastia es la afectación psicológica que produce en el adolescente. El objetivo de este trabajo es describir nuestra experiencia en el tratamiento de esta patología comparando los resultados obtenidos según el tipo de abordaje utilizado.

**Material y Métodos.** En nuestro Servicio el abordaje empleado para la mastectomía subtotal depende del tipo de ginecomastia, utilizándose la incisión periareolar inferior en los tipos I-II y el doble anillo cutáneo en el tipo III. Hemos estudiado de forma descriptiva retrospectiva los pacientes intervenidos de ginecomastia entre 2007 y 2012. Comparamos los resultados obtenidos en cada grupo mediante tests estadísticos

**Resultados.** Se realizaron un total de 29 mastectomías en 15 pacientes (93,33% procedimientos bilaterales). La edad media de intervención fue de  $13,75 \pm 1,06$  años (11-15 años). La forma de presentación en todos los casos fue el aumento progresivo de la glándula, sin síntomas asociados. En el 53,33% existía antecedente de obesidad o sobrepeso. Se realizó la técnica del doble anillo cutáneo en 5 casos (grupo-A) e incisión periareolar inferior en 10 (grupo-B). Se encontró una mayor incidencia de cicatrización patológica en el grupo-A, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,007$ ). No se observaron recidivas tras un tiempo medio de seguimiento de  $15,86 \pm 19,47$  meses (3-60 meses).

**Conclusiones.** La evolución de todos los pacientes ha sido satisfactoria a largo plazo. A pesar de haber detectado cicatrices hipertróficas y queloideas con la técnica del doble anillo, creemos que sigue siendo estéticamente ventajosa en las ginecomastias con exceso cutáneo.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Carcinoma espinocelular en epidermolisis bullosa.** Vilanova Sánchez A, Vilanova Sánchez A, Sánchez Galán A, Núñez Cerezo V, Amesty Morello V, Ros Mar Z, López Gutiérrez JC. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Objetivos.** El desarrollo de unidades multidisciplinarias de tratamiento de pacientes con epidermolisis bullosa recesiva distrofica (EBRD), donde el cirujano pediátrico es un pilar básico,

ha permitido mejorar su supervivencia. Esto ha conllevado un incremento en la aparición de carcinoma de células escamosas (CCE). Actualmente el 100% de estos pacientes lo padecen a los 50 años, falleciendo el 78%. En los últimos 5 años hemos incrementado las medidas de control con el fin de reducir amputaciones y mortalidad.

**Material y Métodos.** Se revisaron las historias de 43 pacientes con EBRD tratados en nuestra unidad en los últimos 15 años. De ellos, 12 presentaron CCE. La edad media del diagnóstico fue de 21 años siendo 4 de ellos menores de 15 años.

**Resultados.** Analizando comparativamente los periodos 1997-2007 y 2007-2012 observamos que para el mismo número de pacientes (6 en cada uno), las tasas de amputación (66,6%) y de mortalidad (80%) en el primer decenio, han sido reducidas al 33,3% y 40% respectivamente tras aplicar medidas de control más exhaustivas que incluían el examen del 100% de la superficie corporal, la biopsia bajo sedación de toda lesión cutánea con cambios, extirpación precoz, control con PET scan de la diseminación a distancia y el seguimiento continuado a corto plazo.

**Conclusiones.** En resumen el estudio protocolizado agresivo de lesiones cutáneas y su tratamiento por un equipo multidisciplinar entrenado aumenta la calidad de vida y alarga la supervivencia de los pacientes con EBRD de forma significativa.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Ingesta de pila de botón y protocolo de manejo multidisciplinar.** Martínez Castaño I, Reyes Ríos P, García Lax A, Fernández Ibieta M, Sánchez Morote JM, Cabrejos Perotti K, Guirao Piñera MJ, Aranda García MJ, Rojas Ticona J, Ruiz Jiménez JI. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Objetivos.** La ingestión de pilas de botón es una urgencia frecuente debido a su emergente uso y accesibilidad por parte de los niños. Se revisaron las ingestiones de pilas de botón presentando un protocolo de manejo elaborado por un comité multidisciplinar.

**Material y Métodos.** Revisión retrospectiva de pacientes ingresados por ingestión de pila de botón durante los dos años (2011-2012). Se analizó edad, clínica, tiempo desde ingestión a extracción endoscópica, lesiones y evolución.

**Resultados.** Se analizaron 24 pacientes (17 niños). La edad media fue de 3,6 años (17 meses-10 años). La media del tiempo de ingestión hasta llegada al hospital fue 11,6 h (1 h-2 semanas). 29% presentaron clínica (vómitos, dolor, dificultad respiratoria y melenas). 62,5% se localizaron en estómago, 25% esófago y 12,5% intestino. Se realizó endoscopia en 71% con 6,3 h de media (0-72 h) y en todas las esofágicas media 1,1 h (0-2 h). 47% de endoscopias evidenciaron lesiones, 1 úlcera sangrante por fistula aortoesofágica causó exitus. Se propone protocolo de manejo en función de la clínica y localización inicial, con extracción inmediata si localización esofágica y valoración de toracotomía si sangrado activo.

**Conclusiones.** Existen escasas recomendaciones sobre el manejo de la ingestión de pilas de botón. Consideramos necesario atribuir la importancia que se merece y disponer de un protocolo de actuación multidisciplinar adecuado que contemple los diferentes escenarios posibles en este urgencia potencialmente fatal.

*Forma de presentación: Oral 3 minutos*

- **Invaginación intestinal idiopática: reducción manual externa guiada por ecografía.** Montero Sánchez M, Vázquez Castelo JL, Prada Arias M, Lema Carril A, Ortiz Pallares M, Doniz Campos M, Del Campo Pérez V. *Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.*

**Objetivos.** La invaginación intestinal secundaria a la hiperplasia del tejido linfóide se presenta con más frecuencia entre los 3 meses y 3 años de edad. Es la causa más frecuente de abdomen agudo en niños después de la apendicitis aguda. La ecografía además de confirmar el diagnóstico nos informa de su localización y estado del intestino. El gold estándar del tratamiento consiste en reducir la invaginación, con enema de aire o líquido, evitando realizar una intervención quirúrgica. En este trabajo presentamos una maniobra adicional, externa, estandarizada y segura, realizada por el Radiólogo Pediátrico, en el manejo de la invaginación ileocecal idiopática no complicada.

**Material y Métodos.** El procedimiento se realiza mediante un masaje externo guiado por ecografía. El paciente es sedado por el Pediatra de la UCIP o un Anestesiista. Se trataron un total de 15 pacientes mediante esta técnica.

**Resultados.** La reducción completa fue efectiva en el 80% de los casos. En 2 de los 3 casos en los que persistía la invaginación se completó el procedimiento con el enema líquido. En 1 paciente fue precisa la intervención quirúrgica.

**Conclusiones.** Podemos decir que la reducción manual externa es un procedimiento seguro y eficaz, que incorpora un paso inicial adicional en el tratamiento no quirúrgico de la invaginación intestinal.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Torsión ovárica. Evolución del ovario necrótico tras detorsión laparoscópica.** Lasso Betancor CE, Garrido Pérez JI, Murcia Pascual FJ, Granero Cendón R, Vargas Cruz V, Paredes Esteban RM. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Objetivos.** La torsión ovárica es infrecuente en la edad pediátrica, lo que sumado a su clínica inespecífica, hace que la mayoría de los diagnósticos sean tardíos. La apariencia necrótica del anejo ha sido durante décadas sinónimo de ooforectomía, sin embargo la tendencia actual defiende su preservación. Presentamos nuestra experiencia en el manejo conservador de la torsión ovárica.

**Material y Métodos.** Revisión de los casos de torsión ovárica aguda tratados en nuestro servicio desde mayo 2010 a enero 2013. Seis niñas fueron intervenidas vía laparoscópica por sospecha clínica y ecográfica de torsión ovárica. En cinco se confirmó el diagnóstico, encontrando un ovario aumentado de tamaño, friable y de coloración negro-azulada. A pesar del aspecto macroscópico se decidió detorsión y preservación del anejo.

**Resultados.** La edad media fue 7,8 años (3-12), el tiempo transcurrido entre el inicio de la clínica y la cirugía 6,4 días (1-15) y la estancia postoperatoria 2,8 días (2-3). En 3 casos el ovario afecto fue derecho, siendo el tamaño medio 5,9 cm (5-6,8). Los marcadores tumorales fueron negativos. El seguimiento se efectuó mediante ecografías seriadas. En los primeros 6 meses todos presentaron normalización del tamaño y desarrollo folicular, pero posteriormente un ovario quedó atrófico y en 2 casos fue necesaria una segunda

laparoscopia por recidiva de la torsión y por masa anexial compatible con teratoma. Se realizó cirugía conservadora y ooforectomía respectivamente.

**Conclusiones.** La detorsión laparoscópica con preservación del anejo, permite que ovarios inviables macroscópicamente puedan recuperarse. No obstante, es necesario un seguimiento exhaustivo y a largo plazo para poder valorar los resultados

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Orquidopexia vía escrotal: Revisión de sus indicaciones.** Ortega Escudero M, Gutiérrez Dueñas JM, Lorenzo G, Ardela Díez E, Ruiz Hierro C, Martín Pinto F. *Hospital Universitario de Burgos*.

**Objetivos.** Se exponen los resultados de las orquidopexias realizadas mediante incisión escrotal única (Técnica de Bianchi), comparándolos con los procedimientos realizados mediante la técnica tradicional vía inguinal.

**Material y Métodos.** Estudio prospectivo de los pacientes con el diagnóstico de testículos palpables no descendidos que precisaron orquidopexia en el período comprendido entre octubre de 2008 y diciembre de 2011. Criterios de inclusión: testículo localizado en región inguinal, orquidopexias realizadas por el mismo cirujano, período mínimo de seguimiento de 12 meses. Criterios de exclusión: testículos no palpables, testículos retráctiles. Se estudia la localización testicular pre y postoperatoria, duración de la cirugía, reconversiones y complicaciones.

**Resultados.** Se han realizado un total de 138 orquidopexias en 111 pacientes, 114 (82,5%) por la técnica de Bianchi (Grupo I) y 24 (17,5%) por vía inguinoescrotal (Grupo II). Grupo I: edad media de intervención (5 años), localización preoperatoria del testículo (79% anillo inguinal externo), tiempo medio de cirugía (25 minutos), reconversión en 3 ocasiones, se presentaron dos complicaciones menores (infección y dehiscencia de la herida). Grupo II: edad media (28 meses), localización preoperatoria (100% anillo inguinal interno), tiempo medio de la cirugía (40 minutos), no complicaciones. En ambos grupos todos los testículos intervenidos se encontraron normoposicionados en el interior de la bolsa escrotal tras 12 meses de seguimiento.

**Conclusiones.** La mayoría de las orquidopexias se realizaron mediante incisión escrotal (Bianchi). Su indicación principal se estableció para los testículos localizados a nivel del anillo inguinal externo, reservándose la vía inguinal para los localizados en el anillo inguinal interno.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

## COMUNICACIONES ORALES V: CIRUGÍA GENERAL II

- **Diseño de un plan de seguridad del paciente en un servicio de cirugía pediátrica. ¿Cómo hacerlo?** Castillo Fernández AL<sup>1</sup>, Paredes Esteban RM<sup>1</sup>, Granero Cendón R<sup>1</sup>, Gómez Beltrán OD<sup>1</sup>, Garrido Pérez JI<sup>1</sup>, Miñarro Del Moral R<sup>2</sup>, Berenguer García MJ<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica, <sup>2</sup>Servicio de Calidad y Documentación Clínica. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba*.

**Objetivos.** La seguridad del paciente, constituye una prioridad en la gestión de la calidad de cualquier servicio sanitario. Todo paciente tiene derecho a una atención eficaz y segura. Nuestro objetivo es diseñar un plan de seguridad del paciente en nuestro Servicio de Cirugía Pediátrica

**Material y Métodos.** Revisión bibliográfica, constitución de un grupo de trabajo compuesto por profesionales sanitarios de los Servicios de Cirugía Pediátrica, Calidad y Documentación Clínica. Identificación de los eventos adversos potenciales, sus fallos y causas (Brainstorming) y su ponderación mediante el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Construcción del mapa de riesgos, elaboración del plan de acciones preventivas para la disminución del riesgo. Designación de responsables para la ejecución efectiva del plan.

**Resultados.** El número de eventos adversos identificados para la totalidad del Servicio de Cirugía Pediátrica fue de 68. Se detectaron hasta 132 fallos, producidos por 188 causas. El grupo hizo una propuesta de 409 medidas concretas en forma de acciones preventivas y/o correctoras que, depuradas e integradas las que eran iguales, hicieron un total de 322. Se planificó la aplicación efectiva del programa, actualmente en ejecución.

**Conclusiones.** La metodología empleada ha permitido disponer de una información clave para la mejora de la seguridad del paciente y la elaboración de un plan de acciones preventivas y/o correctoras. Dichas medidas son aplicables en la práctica, ya que su diseño ha sido efectuado mediante propuestas y acuerdos de los profesionales que participan en el proceso de asistencia a los pacientes con patología quirúrgica.

*Forma de presentación: Oral 3 minutos*

- **Esclerosis endoscópica con distensión neumática para el tratamiento de las fístulas del seno piriforme.** Sanchis Blanco G, Gutiérrez San Román C, Bordallo Vázquez M, Cortés Sáez J, Barrios Fontoba JE, Lluna González J, Vila Carbó JJ. *Hospital Universitari i Politènic La Fe. Valencia*.

**Objetivos.** La fístula del seno piriforme (FSP) debe sospecharse ante un absceso cervical izquierdo de repetición o ante un episodio de tiroiditis. El tratamiento tradicional es la exéresis quirúrgica. Sin embargo, existen alternativas terapéuticas menos invasivas como la cauterización endoscópica del trayecto fistuloso para la que presentamos una modificación técnica y valoramos los resultados obtenidos.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo de los últimos 15 años de los pacientes con FSP. Revisamos las características demográficas, clínicas, el tratamiento administrado y los resultados. Se utilizó el endoscopio flexible para la exploración y distensión del seno piriforme mediante la aplicación de un flujo de aire continuo. Esto permitió visualizar el orificio fistuloso, cateterizarlo con una guía metálica y proceder a la cauterización diatérmica de la FSP.

**Resultados.** Incluimos 8 pacientes, 7 niños y 1 niña, de edades entre 4 meses y 10 años. Clínicamente presentaban una masa/absceso cervical (6 casos), y tiroiditis (2 casos). En todos los pacientes la afectación era izquierda. El tratamiento consistió en antibioterapia, drenaje, cirugía abierta (62% de los casos) y cauterización endoscópica (50% de los casos). El 75% de los pacientes operados recidivó. Ningún caso esclerosado endoscópicamente presentó complicaciones ni recidivas.

**Conclusiones.** El tratamiento definitivo de la FSP debe eliminar u obliterar el trayecto fistuloso para evitar las recidivas. La cauterización endoscópica es una técnica sencilla, reproducible y poco

agresiva. En nuestra serie, los resultados son satisfactorios por lo que creemos que podría convertirse en la terapia de primera elección para el tratamiento de la FSP.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Tratamiento de la hidatidosis hepatopulmonar con cirugía mínimamente invasiva en nuestro hospital. A propósito de 4 casos.** Reyes Rios P, Aranda García MJ, Sánchez Morote JM, Roques Serradilla JL, Ruiz Pruneda R, Trujillo Ascanio A. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Objetivos.** Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo de la hidatidosis hepática y pulmonar en los últimos 5 años.

**Material y Métodos.** Revisión retrospectiva de pacientes con quistes hidatídicos hepáticos y pulmonares atendidos en nuestro hospital entre los años 2008 al 2012.

**Resultados.** Se identificaron 4 casos de hidatidosis, todos de origen marroquí, la edad media fue de 6,7 años. Un paciente con quiste hepático único y tres con quistes hepatopulmonares. Todos recibieron tratamiento con albendazol previo a la cirugía. Se realizó laparoscopia y/o toracoscopia y en uno de los casos se realizó abordaje transdiafragmático de una lesión hepática posterior inabordable por laparoscopia. La técnica utilizada fue la esterilización del contenido del quiste con suero salino hipertónico, apertura del quiste y extracción de la membrana quística. No realizamos periquistectomía ni capitonaje. La tasa de resolución de las cavidades residuales de los quistes fue del 100% y no ha habido ninguna recidiva. No hubo complicaciones intraoperatorias en ningún caso.

**Conclusiones.** En el niño el tratamiento quirúrgico se puede realizar mediante técnicas endoscópicas con la misma seguridad y eficacia que mediante cirugía abierta. El tratamiento con albendazol previo a la cirugía es útil en la prevención de recidivas y como único tratamiento en lesiones pequeñas. La cirugía ha de ser lo más conservadora de parénquima posible evitándose resecciones innecesarias hepáticas o pulmonares. El tratamiento de la cavidad residual parece ser innecesario. El abordaje transdiafragmático mediante VATS debe considerarse como alternativa en el tratamiento de lesiones hepáticas en segmentos posteriores inabordables con laparoscopia.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Resultados del shunt mesoportal de Rex en el tratamiento de la trombosis portal extrahepática idiopática.** Domínguez Amillo E, Amesty Morello V, Ortiz Rodríguez R, Hernández Oliveros F, Andrés Moreno A, Encinas Hernández JL, Gámez Arance M, López Santamaría M, Tovar JA. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** La trombosis portal extrahepática (TPEH) es la causa más frecuente de hipertensión portal en el niño. Presentamos nuestra experiencia en el uso del shunt mesoportal (Rex) que ofrece la solución más fisiológica para estos pacientes.

**Material y Métodos.** Revisión retrospectiva de los pacientes con TPEH idiopática sometidos al shunt mesoportal y análisis de

su efectividad en la reversión de los síntomas, del hiperesplenismo y de los trastornos hematológicos asociados.

**Resultados.** Siete pacientes con una edad de 4,3 (2,4-13,1) años fueron intervenidos entre 2009 y 2012. Seis habían presentado sangrado digestivo con 2,5 (1-9) episodios por paciente, de los cuales 5 habían precisado varios tratamientos endoscópicos. Todos presentaban hiperesplenismo, 5 leucopenia, 6 plaquetopenia y 5 alteración de la coagulación. Se observó una mejoría estadísticamente significativa desde el primer mes tras la cirugía en la cifra de leucocitos [2,3 (2-3,86) vs. 5,12 (4,63-8,78)  $10^3/\mu\text{l}$ ] (p 0,043), de las plaquetas [78 (32-123) vs. 115 (86-477)  $10^3/\mu\text{l}$ ] (p 0,046) y del tamaño del bazo [15,5 (12-18) vs. 14 (10-18) cm] (p 0,027). Hubo una disminución del tiempo de protrombina que no fue significativa [15,9 (13,6-18,7) vs. 12,4 (11-31,6) segundos]. Tras un periodo de seguimiento de 9,5 (2,2-42) meses, todos los pacientes tenían shunt permeable y ninguno había presentado recurrencia del sangrado. Un paciente presentó obstrucción intestinal por bridas que requirió resección intestinal.

**Conclusiones.** El shunt mesoportal de Rex resuelve de manera efectiva la hipertensión portal asociada a la TPEH, restaurando la circulación portal y mejorando otros trastornos asociados.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Complicaciones y evolución a largo plazo de la cirugía del hiperinsulinismo congénito.** Hernández Martín S, Miguel Ferrero M, López Fernández S, Domínguez Amillo E, Chocarro Amatriain G, MartínezMartínez L, Tovar Larrucea JA. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** El hiperinsulinismo congénito (HIC) presenta importante morbimortalidad, requiriendo intervenciones quirúrgicas complejas en casos refractarios al tratamiento médico. Nuestro objetivo fue valorar las complicaciones y evolución a largo plazo de nuestros pacientes.

**Material y Métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con HIC intervenidos en el periodo 1979-2012. Se recopiló: tipo de resección, respuesta glicémica a la intervención, necesidad de ampliar la resección, focalidad, complicaciones y evolución a largo plazo.

**Resultados.** De 43 pacientes tratados durante este periodo, 25 (58%) requirieron cirugía a una edad mediana de 3 meses (0,5-54). En 21 pacientes se realizó resección subtotal (< 95% de volumen pancreático), en 2 pancreatectomía cefálica con anastomosis pancreatoyeyunal en Y-de-Roux, en 1 resección total (> 95%) y en 1 extirpación de tumoración visible. La afectación fue difusa en 15 casos, focal en 7 y difusa+focal en 3. Siete (28%) presentaron complicaciones quirúrgicas, falleciendo 2 en el primer mes postoperatorio. Se requirieron reintervenciones por obstrucción (2), evisceración (2) y sangrado (1). Además, 2 presentaron infecciones sistémicas, 1 infección de herida y otro trombosis portal. Seis pacientes con afectación difusa necesitaron ampliar la resección por hipoglucemia persistente. Tras un seguimiento mediano de 11,5 años (0,5-21) 19 de los supervivientes (83%) están asintomáticos sin tratamiento, aunque a largo plazo 2 desarrollaron DM y 2 intolerancia a carbohidratos; los 4 restantes precisaron mantener diazóxido. Cuatro desarrollaron insuficiencia pancreática exocrina.

**Conclusiones.** El riesgo de complicaciones de la cirugía del HIC obliga a seleccionar la indicación y técnica quirúrgica, de-

biéndose tratar en centros especializados, donde se consigue alta tasa de éxito.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **¿Son útiles los scores clínicos para el cirujano en el diagnóstico de apendicitis aguda en edad preescolar?** García-Núñez B, Albaladejo Beltrán S, Baena Olomí I, Riba Martínez M, Brun Lozano N, Sánchez Vázquez B, Mesa JC, Bardají Pascual C. *Corporació Sanitaria i Universitaria Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).*

**Objetivos.** En preescolares, el diagnóstico clínico de Apendicitis Aguda (AA) es más difícil. Existen sistemas de puntuación pediátricos aceptados que ayudan al diagnóstico, pero éstos no han sido evaluados anteriormente en esta franja etaria. Nuestro objetivo es comprobar la utilidad de estos scores en el niño preescolar.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo 2006-2011. De un total de 1214 pacientes menores de 5a que acuden a urgencias por dolor abdominal, se incluyen aquellos con sospecha clínica de AA a los que se les realizó analítica sanguínea. Se diferencian 2 grupos según diagnóstico final: grupo A –AA confirmada histopatológicamente–, y grupo B –“apendicitis blancas” y otros diagnósticos–. Se recogen variables clínicas y analíticas y se calcula en todos el Score de Alvarado (SA) y el Pediatric Appendicitis Score (PAS).

**Resultados.** Se incluyen 47 pacientes divididos en 2 grupos homogéneos para edad y sexo. El grupo A presentó una media de 6,73 puntos en SA y de 5,03 en PAS. El grupo B una media de 5,29 y 4,38 respectivamente. No se encontraron diferencias significativas. El SA presentó una sensibilidad del 64% y el PAS del 63% para el diagnóstico de AA en el niño preescolar (punto de corte > 4). Si se encontraron diferencias significativas en el tiempo de evolución (> 12 h), temperatura > 37,6°C, Blumberg positivo y PCR > 4 mg/dl.

**Conclusiones.** En edad preescolar, los scores pediátricos no parecen resultar útiles. Es evidente que la experiencia del cirujano pediátrico en esta patología, y sobre todo en estas edades, nunca debe ser reemplazada por un score.

*Forma de presentación: Oral 3 minutos*

- **Aplicación de un protocolo terapéutico en la apendicitis aguda: optimización de recursos.** Moreno Montero A, García Baglietto AM, Morlans Trolliet JR, Marhuenda Irastorza C. *Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.*

**Objetivos.** En los últimos años se han publicado nuevos protocolos con el fin de optimizar el tratamiento peroperatorio de la apendicitis. En esta línea también hay diferentes trabajos que demuestran que el uso de antibioterapia de amplio espectro de forma prolongada en las apendicitis perforadas no disminuye el riesgo de complicaciones. El objetivo de nuestro trabajo es valorar los efectos iniciales de la aplicación de un nuevo protocolo con un uso más restringido de los antibióticos de amplio espectro.

**Material y Métodos.** Se realiza un estudio de cohortes ambispectivo. En la cohorte histórica se incluyeron los pacientes menores de 15 años intervenidos de apendicitis aguda entre enero y setiembre de 2011. En la cohorte actual se incluyeron los pacientes menores de 15 años intervenidos de apendicitis aguda entre junio y diciembre de

2012 quedando excluidos los que no cumplieron el tratamiento según protocolo. Se ha evaluado el tratamiento antibiótico, su duración, la estancia hospitalaria y la incidencia de complicaciones.

**Resultados.** Se han revisado 141 pacientes: 64 pacientes de la cohorte intervención y 76 de la cohorte histórica. Se ha reducido el uso de antibióticos de amplio espectro del 27% al 3%. La incidencia de complicaciones fue de 5 casos en la cohorte histórica y 6 casos en la cohorte intervención. La estancia hospitalaria media se ha reducido en 0,5 días.

**Conclusiones.** Aunque con un número pequeño de casos, la introducción de un protocolo terapéutico ha disminuido la estancia hospitalaria, la duración del tratamiento y el uso de antibióticos de amplio espectro.

*Forma de presentación: Oral 3 minutos*

- **Flora patógena y resistencias en apendicitis pediátricas: estudio ambispectivo.** Fernández Ibieta M<sup>1</sup>, Martínez Castaño I<sup>1</sup>, Reyes Ríos P<sup>1</sup>, Cabrejos Perotti K<sup>1</sup>, Rojas Ticona J<sup>1</sup>, Girón Vallejo O<sup>1</sup>, Trujillo Ascanio A<sup>1</sup>, Menasalvas A<sup>2</sup>, Alfayate S<sup>2</sup>, Ruiz Jiménez JI<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica, <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

**Objetivos.** Existe controversia sobre la utilidad del cultivo de líquido peritoneal en las apendicitis pediátricas. Hemos investigado la situación epidemiológica de la flora bacteriana en las apendicetomías pediátricas.

**Material y Métodos.** Revisión retrospectiva de apendicetomías realizadas en menores de 12 años, en dos años (enero/2009-diciembre/2010) y análisis prospectivo durante un año (enero/2011-diciembre/2011).

**Resultados.** Encontramos 728 pacientes (media 7,1 años, rango 2-11). 108 eran < 5 años. Se recogió cultivo de líquido peritoneal en 328 de ellos (45,1%). Los cultivos fueron positivos en 155 de esas 328 muestras (47,3%). Fue más frecuente encontrar cultivo positivo en < 5 años (69,2% vs. 40,4%, p < 0,001. OR: 3,3. IC 95%: 1,8-5,9). Las bacterias más habituales fueron *Escherichia coli*, con 122 aislamientos, *Streptococcus* spp (50 aislamientos) *P. aeruginosa*, (45 aislamientos) y *B. fragilis* (35). La frecuencia de *P. aeruginosa* fue cinco veces mayor en el grupo de < 5 años (30,8% vs. 8,4%, p < 0,001. OR: 4,8. IC 95%: 2,3-9,8). Asimismo, la presencia de *E. coli* se duplicó en el grupo de < 5 años (50% vs. 33,2% p = 0,01. OR: 2,01. IC 95%: 1,1-3,4). 26 (21,3%) especímenes de *E. coli* eran resistentes a amoxicilina-clavulánico. Hubo 15 (12,3%) cepas de *E. coli* multirresistentes. 16 cepas de *Streptococcus* (32%) y 10 aislamientos de *B. fragilis* (28,6%) fueron resistentes a clindamicina.

**Conclusiones.** En pacientes < 5 años existe más riesgo de infección por *Pseudomonas*. Encontramos una alta tasas de resistencia de *E. coli* a la amoxicilina-clavulánico y 12,3% de *E. coli* eran multirresistentes.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Laparoscopia en el tratamiento de la malformación anorrectal.** Hernández Calvarro AE, Bregante Ucedo JI, Navascués del Río JA, Marhuenda Irastorza C. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.*

**Objetivos.** Presentar nuestra experiencia en el manejo de la malformación anorrectal mediante descenso laparoscópico.

**Material y Métodos.** Revisión retrospectiva de las historias de los pacientes intervenidos en nuestro centro mediante esta técnica desde Octubre 2008 hasta la actualidad. El procedimiento se llevó a cabo mediante laparoscopia con 4 trócares, ligadura con clips de la fístula, localización del complejo esfinteriano mediante electroestimulación perineal, y anoplastia según la técnica descrita por Georgeson. El seguimiento se realizó mediante el uso del cuestionario de Krickenbeck de continencia así como RMN en los casos apropiados

**Resultados.** Los pacientes fueron 7 varones con diferentes malformaciones anorrectales altas (5 fistulas rectoprostáticas, 1 rectovesical y una malformación anorrectal sin fístula). La edad media fue de 13,8 meses (9-33 meses) con un peso medio de 9,275 kg. No se registraron complicaciones intraoperatorias, salvo una conversión a laparotomía debido a visualización insuficiente. Las complicaciones postoperatorias fueron una celulitis perianal, una obstrucción intestinal por adherencias y cuatro estenosis anales que precisaron de tratamiento con dilataciones o esfinterotomía. No se objetivaron divertículos uretrales. Los grados de continencia fueron muy variables debido a la diversidad de edad y malformaciones asociadas de los pacientes.

**Conclusiones.** El descenso anorrectal asistido por laparoscopia es un procedimiento útil y seguro para la reparación de malformaciones anorrectales altas, permitiendo una excelente identificación de las estructuras. Es necesario un mayor tiempo de seguimiento y número de pacientes para poder presentar conclusiones acerca de los resultados funcionales.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

## COMUNICACIONES ORALES VI: CIRUGÍA ONCOLÓGICA

- **Actualización en el tratamiento de las malformaciones linfáticas.** Rojo Díez R, Berenguer Fröhner B, De Tomás y Palacios E, Marín Molina C, Tardáguila Calvo AR. *Hospital Materno-Infantil. Hospital GU Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** Las malformaciones linfáticas (ML) son las malformaciones congénitas vasculares más frecuentes. El objetivo de este trabajo es revisar las indicaciones quirúrgicas, las localizaciones con tratamientos más complejos, analizar su evolución y complicaciones.

**Material y Métodos.** Estudio prospectivo consecutivo observacional de los pacientes con ML tratados en una Unidad de Anomalías Vasculares desde enero 2006 hasta junio 2010. Análisis de la historia clínica y pruebas de imagen; valoración de los resultados por cambios en el tamaño y subjetivamente por fotografías pre y postratamiento.

**Resultados.** La serie incluye 100 pacientes. Las malformaciones se localizan en región cervicofacial (n= 59), axilar (n= 5), miembro superior (n= 11), miembro inferior (n= 14) y tronco (n= 11). Las indicaciones quirúrgicas son: secuelas inestéticas (n= 76), disfunción (n= 12), compromiso respiratorio o digestivo (n= 9) y restricción visual (n= 3). El tratamiento de ML macroquísticas fue la esclerosis con bleomicina; de las microquísticas, resección completa o parcial y laserterapia para vesículas. Las complicaciones incluyen seromas (n= 2), retraso en la cicatrización (n= 1) e hiperpigmentación tras escleroterapia (n= 3). Las localizaciones de tratamiento más difícil son la órbita, área de la

barba, lengua y mano. Respecto al resultado: disminución del tamaño en 93 casos y subjetivamente muy aceptable para paciente y médico en 97 casos. Sólo hay completa resolución en 5 pacientes.

**Conclusiones.** El tratamiento de las ML ha mejorado gracias a la mayor precisión en las pruebas de imagen y en procedimientos quirúrgicos. Las localizaciones en órbita, cavidad bucal y manos presentan las mayores dificultades quirúrgicas. El principal problema sigue siendo la recidiva.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Cáncer de tiroides en la edad pediátrica. Experiencia en nuestro centro.** Espinoza Vega ML, Alonso Calderón JL, Luis Huertas AL, Rico Espiñeira C, Souto Romero H, Rodríguez de Alarcón García J, Espinosa Góngora R, Riñón Pastor C, Ollero Caprani JM. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

**Objetivos.** Describimos nuestra experiencia en el tratamiento del cáncer de tiroides, neoplasia rara en la edad pediátrica, con un aumento de su incidencia por la exposición a radiaciones ionizantes y como segunda neoplasia.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes tratados por cáncer de tiroides entre 1996 y 2012, analizando características epidemiológicas, clínicas, diagnóstico, histopatología, tratamiento y evolución.

**Resultados.** Tratamos 17 pacientes (8 niñas y 9 niños) con cáncer de tiroides, con una mediana de edad al diagnóstico de 10 años (rango: 4-18). El carcinoma papilar (7/17) fue la forma histopatológica más frecuente, seguida de la variante folicular (5/17) y del carcinoma medular (5/17). Cuatro de los pacientes con carcinoma medular tenían diagnóstico de MEN2A y otros cuatro antecedentes de una neoplasia previa. La forma de presentación más frecuente fue un nódulo tiroideo asintomático (11/17), palpable en 7. En 14 casos la enfermedad estaba localizada, en 2 existían metástasis ganglionares y diseminación pulmonar en 1. Se practicó tiroidectomía total en todos los pacientes, en uno (12/17) o dos tiempos (5/17) con linfadenectomía en los casos diseminados. Se asoció ablación con I131 en todos los casos de carcinoma papilar y en 4/5 con la variante folicular.

**Conclusiones.** 1. La incidencia del cáncer diferenciado de tiroides tiende a asociarse a la exposición a radiaciones ionizantes y procesos de carcinogénesis. 2. La forma papilar y la papilar variante folicular son las más frecuentes. 3. El tratamiento quirúrgico electivo es la tiroidectomía total. 4. El pronóstico a largo plazo es excelente, dada su presentación localizada al diagnóstico.

*Forma de presentación: Oral 3 minutos*

- **Biopsia trucut radioguiada en tumores pediátricos torácicos y abdominales.** Bordón Cabrera E<sup>1</sup>, Guillén Burrieza G<sup>1</sup>, Molino Gahete JA<sup>1</sup>, Lain Fernández A<sup>1</sup>, Gros L<sup>2</sup>, Coma A<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica, <sup>2</sup>Servicio de Oncohematología Pediátrica, <sup>3</sup>Servicio de Radiología Pediátrica. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** Evaluar la eficacia y seguridad de las biopsias percutáneas radioguiadas con aguja trucut en tumores torácicos y abdominales en niños. Describir los detalles de nuestra técnica.

**Material y Métodos.** Análisis retrospectivo (2008-2012) de las biopsias realizadas en un centro. Utilizamos agujas trucut 16 y 18G, y desde 2010, agujas coaxiales si se preveía riesgo de sangrado, sellando del trayecto con hidrogel hemostático. Guiamos los procedimientos con ecografía y TC. Evaluamos las complicaciones, validez del material y correlación con el análisis de la pieza quirúrgica o respuesta al tratamiento.

**Resultados.** Se realizaron 26 biopsias (5 torácicas, 21 abdominales). La edad media fue 5 años (3 m-15 a) y el peso de 18 kg (6-100 kg). El tamaño de las tumoraciones fue de 4-20 cm (media 9 cm). La media de muestras obtenidas fue 4 cilindros (2-8). La aguja coaxial se usó en 8 casos, aplicando en 6 hemostático sellante. No hubo complicaciones, solo 2 pequeños hematomas de pared. El material fue suficiente en 100%, incluyendo pruebas inmunohistoquímicas en 22. El diagnóstico fue maligno en 24/26. La sensibilidad fue 96% y la especificidad 100%, con 1 FN y 0 FP. La correspondencia entre el diagnóstico por trucut y la histología final fue 96%.

**Conclusiones.** La biopsia percutánea de masas torácicas y abdominales es segura y eficaz, incluso en pacientes de bajo peso y con tumores pequeños. La consideramos de elección por ser menos invasiva, especialmente cuando se prevé un tratamiento quirúrgico posterior. El uso de aguja coaxial y sellantes puede minimizar los riesgos, fundamentalmente el sangrado.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Tumores adrenocorticales en la edad pediátrica. Presentación de un caso y revisión de nuestra experiencia.** Galbarriatu Gutiérrez A<sup>1</sup>, Salmón Rodríguez N<sup>2</sup>, Urberuaga Pascual A<sup>2</sup>, Ruiz Aja E<sup>1</sup>, Medrano Mendez L<sup>1</sup>, Solaetxe Prieto N<sup>1</sup>, López Alvarez-Buhilla P<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica; <sup>2</sup>Servicio de Pediatría, Unidad de Oncología. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.

**Objetivos.** La Unión Europea define una condición médica como rara cuando afecta a menos de 5 personas/10.000 habitantes. Los tumores adrenocorticales representan el 0,2% de los tumores infantiles, por lo que su diagnóstico, tratamiento y pronóstico constituyen un reto. El objetivo es analizar nuestra experiencia en el tratamiento de estos tumores.

**Material y Métodos.** Presentación del último caso y revisión de otros 5 pacientes operados de tumor adrenocortical en nuestro servicio de cirugía pediátrica en los últimos 20 años mediante estudio descriptivo retrospectivo.

**Resultados.** Mujer de 3 meses de edad con fenotipo Cushing, masa en hemiabdomen derecho e hipertensión arterial. Presenta elevación del cortisol y de las hormonas sexuales masculinas; ecografía y RM compatible con masa suprarrenal derecha. Ante la sospecha de tumor adrenocortical se inicia tratamiento preoperatorio con ketoconazol. En la intervención se realiza resección macroscópica completa con extracción de adenopatías regionales siendo la anatomía patológica inicialmente compatible con tumor adrenocortical. Se envía muestra para registro internacional (Hospital St. Jude) siendo clasificado de adenoma adrenocortical y consensuando el manejo postoperatorio. La paciente muestra regresión de la sintomatología (aspecto cushingnoide e hipertensión) encontrándose libre de enfer-

medad a los 8 meses. Realizamos revisión de otros 5 casos con su manejo diagnóstico y terapéutico

**Conclusiones.** Resaltar la importancia del enfoque y manejo multidisciplinar de los pacientes pediátricos con tumores raros y su inclusión en registros nacionales /internacionales. A pesar de que existen terapias coadyuvantes (mitotane), la cirugía sigue siendo el único tratamiento potencialmente curativo de los tumores adrenocorticales.

*Forma de presentación: Oral 3 minutos*

- **Tumores hepáticos malignos en la infancia: resultados en la era del trasplante hepático.** Gander R, Guillén G, Bueno J, Molino JA, Gallego S, Sábado C, Martínez Ibáñez V, Lloret J. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.

**Objetivos.** Analizar nuestra experiencia en el manejo quirúrgico de tumores hepáticos malignos primarios en la infancia y la influencia de la formación en trasplante hepático (TH) en los resultados.

**Material y Métodos.** Análisis retrospectivo unicéntrico de las historias clínicas de 17 pacientes con tumores hepáticos malignos primarios (14HB: hepatoblastoma, 3HCC: hepatocarcinoma) tratados entre 2001 y 2012. La RM fue el principal método diagnóstico en 94,1%, evaluándose el estadiaje PRETEXT (I: 3, II:4, III: 2, IV:8) y POSTEXT. Los pacientes se trataron de acuerdo al protocolo SIOPEL vigente. La cirugía se realizó por cirujanos pediátricos del programa de TH.

**Resultados.** La mediana de edad al diagnóstico fue de 27 meses (1 m-16 años). Existía invasión venosa mayor en 4 pacientes y metástasis en 3. Se realizó resección quirúrgica en 10 pacientes con HB (5 hepatectomías derechas, 2 hepatectomías izquierdas, 1 hepatectomía central, 1 trisegmentectomía y 1 resección atípica) y TH en 7 (3 injertos completos, 1 split y 3 donantes vivos). Un paciente con HB e invasión vascular se resecó en circulación extracorpórea. Sólo 1 de los 3 HCC trasplantados cumplía los criterios de Milán. La tasa de supervivencia global fue de 94,1%, 100% tras la resección quirúrgica y 93% tras el TH. Con un seguimiento de 60,4 meses (DT: 41,9) no se ha producido ninguna recidiva.

**Conclusiones.** La hepatectomía es un procedimiento quirúrgico complejo. El TH ha proporcionado experiencia a los cirujanos pediátricos y oportunidades de supervivencia para pacientes previamente considerados incurables.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Factores de riesgo definidos por imagen en la cirugía del neuroblastoma: experiencia de 12 años.** Martínez Castaño I, Girón Vallejo Ó, Fernández Ibieta M, Bermúdez Cortés M, Reyes Ríos P, Rojas Ticona J, Cabrejos Perotti K, Bueno Ruiz F, Ruiz Jiménez JI. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

**Objetivos.** El International Neuroblastoma Risk Group Staging System estadía los neuroblastomas pretratamiento según los factores de riesgo definidos por imagen (IDRF): factores de riesgo quirúrgico detectados en imágenes radiológicas, independientes de la estadificación INSS. Presentamos una serie describiendo los IDRF y mos-

trando la relación con el volumen tumoral, existencia de metástasis, resecabilidad quirúrgica, parámetros biológicos y mortalidad.

**Material y Métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo de los neuroblastomas tratados entre 2000 y 2012. Analizamos edad, localización, volumen tumoral, presencia de metástasis al diagnóstico, resección y mortalidad, en relación con la presencia de IDRF mediante análisis estadístico correspondiente.

**Resultados.** Analizamos 32 pacientes: 11 sin IDRF (IDRF-) y 21 con IDRF (IDRF+). La edad media fue 21,1 meses: 12,4 meses en IDRF- frente a 25,7 en IDRF+ ( $p=0,09$ ). La localización fue 62,5% abdominales y 37,5% cervicotorácicos. Los abdominales presentaron más frecuentemente IDRF (75% vs 50%,  $p=0,29$ ). El volumen tumoral medio fue 149,58 cc. Los IDRF+ presentan volumen de 259,95 cc frente a IDRF- 39,21 cc ( $p=0,012$ ). El 47% presentaron metástasis al diagnóstico. Los IDRF+ presentaron mayor frecuencia de metástasis (57% vs 27%,  $p=0,14$ ). La resección fue completa en el 62,5%. El 100% de los IDRF- frente al 61% de los IDRF+ ( $p=0,05$ ). La mortalidad general fue 16%. El 9% de los IDRF- frente al 19% de los IDRF+ ( $p=0,64$ ).

**Conclusiones.** En nuestra serie, la presencia de IDRF se asoció con localización abdominal, mayor volumen tumoral, presencia de metástasis al diagnóstico y resección incompleta.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **V.03 Resección laparoscópica de quiste mesotelial hepático en un lactante.** Amat Valero S, Santamaría Ossorio JI, Torres de Aguirre A, Enríquez Zarabozo EM. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil. SES. Badajoz.*

**Objetivos.** Los quistes mesoteliales hepáticos son lesiones muy raras, de difícil diagnóstico preoperatorio. El diagnóstico diferencial incluye quistes solitarios no parasitarios, linfangioma y hamartoma mesenquimal del hígado entre otros.

**Material y Métodos.** Presentamos vídeo de intervención laparoscópica de paciente con quiste mesotelial hepático.

**Resultados.** Lactante de 7 meses diagnosticada prenatalmente de quiste de cordón, confirmándose en control ecográfico postnatal tumoración a nivel de lóbulo hepático izquierdo de 1,5-1,7 cm. Actitud expectante con control ecográfico de la lesión, estando clínicamente asintomática al inicio. Acude en varias ocasiones a urgencias por crisis de llanto e irritabilidad y en control ecográfico se confirma aumento de tamaño del quiste hasta 3 cm por lo que se decide intervención. Se realiza laparoscopia con tres trocares de 5 mm, practicándose aspirado del contenido del quiste y destechado de su pared. Se envía muestra a anatomía patológica confirmándose quiste mesotelial hepático.

**Conclusiones.** La laparoscopia nos permitió la localización del quiste así como su diagnóstico y tratamiento. Es un método seguro, siempre que la localización y características de la lesión hepática lo posibiliten y se realice por cirujanos experimentados.

*Forma de presentación: Vídeo 3 minutos*

- **Aplicaciones de la parada cardiocirculatoria e hipotermia profunda en cirugía oncológica pediátrica.** Guillén G, Bueno J, Molino JA, Urbistondo A, Marhuenda C, Lloret J, Abella R. *Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** Plantear nuevas aplicaciones de la circulación extracorpórea con hipotermia profunda en el tratamiento de tumores pediátricos considerados no resecables, mediante la discusión de dos casos clínicos y revisión de la literatura.

**Material y Métodos.** Se describen dos casos clínicos de tumores malignos no resecables (lactante de 5 meses con fibrosarcoma abdominal gigante y niña de 6 años con hepatoblastoma central y trombosis de la cava retrohepática hasta la aurícula derecha). Ambos casos fueron intervenidos con asistencia de circulación extracorpórea, en hipotermia profunda (19°C) y parada cardiocirculatoria. Descripción de la estrategia quirúrgica. Revisión de la literatura pediátrica (PubMed) con los términos: pediatric malignancies, hepatoblastoma, sarcoma, deep hypothermia, circulatory arrest.

**Resultados.** En ambos casos se logró reseca las tumoraciones, sin complicaciones intra/postoperatorias relacionadas. El tiempo de parada e hipotermia profunda fue 30 min y 36 min y el tiempo total de circulación extracorpórea 60 min y 94 min respectivamente. El paciente del fibrosarcoma presentó una recidiva tumoral masiva, falleciendo a los 9m de la intervención. La paciente del hepatoblastoma está viva y sin recidiva local pasados 7 m de la cirugía. Identificamos menos de 10 casos clínicos con los criterios de búsqueda citados. Se resumen sus indicaciones, técnica quirúrgica y resultados.

**Conclusiones.** La parada cardiocirculatoria con hipotermia profunda, en casos muy seleccionados, puede permitir reseca tumoraciones de otro modo inoperables y en las que la exéresis juega un papel determinante en el pronóstico. Pese a ser un procedimiento sumamente invasivo, la morbilidad asociada es escasa y se ve superada por los beneficios.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Grupo Español de Tumor de Wilms (GETW). Actualización del Protocolo SIOP 2001.** Guibelalde M<sup>1</sup>, Acha T<sup>2</sup>, Carlota C<sup>3</sup>, Galarón P<sup>4</sup>, Ramírez G<sup>5</sup>. <sup>1</sup>Hospital Son Espases, Palma de Mallorca. <sup>2</sup>Hospital Carlos Haya, Málaga. <sup>3</sup>Hospital Miguel Servet, Zaragoza. <sup>4</sup>Hospital Gregorio Marañón, Madrid. <sup>5</sup>Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Presentación de los datos de los pacientes diagnosticados de Tumor de Wilms (TW) y registrados en el GETW

**Material y Métodos.** Revisión de los datos del grupo Español de Nefroblastoma (nº de pacientes entre los años 2002-2012, distribución de pacientes por Hospital, estadio y localización, revisión de anatomía patológica y resultados de supervivencia)

**Resultados.** En el GETW hay 325 casos registrados desde el año 2002 (166 niñas 156 niños). Distribución de pacientes por hospital, en 3 hospitales se registran más de 20 pacientes. Lateralidad derecha 156 /izquierda 170. Bilaterales 28. Estadio: I -127, II -40, III -56. Realización de biopsia: Aguja Fina 44, Trucut 22, Abierta 13. Grupo de tratamiento: Riesgo bajo 20, intermedio 159, alto 47. La supervivencia global es superior al 90%.

**Conclusiones.** - La participación y registro del GETW registra una media de 30 pacientes al año, con revisión centralizada de anatomía patológica en más del 75% de los casos. - La mayoría de los casos son diagnosticados en estadio I y de grupo intermedio de tratamiento, con buenos resultados de supervivencia. - La difusión

y participación del GETW unifica criterios diagnósticos y de tratamiento de acuerdo al grupo internacional de la SIOP.

*Forma de presentación: Oral 3 minutos*

## COMUNICACIONES ORALES VII: CIRUGÍA DIGESTIVA I

- **Utilización de pruebas diagnósticas en el estudio de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.** Moratalla Jareño T, Ibáñez Pradas V, Couso Jérez M, Vila Carbó JJ. *H. Universitario La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** Cuantificar el número de pruebas diagnósticas empleadas en el estudio de pacientes con sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

**Material y Métodos.** Se estudiaron pacientes con sospecha de ERGE en el periodo 2009-2012. Se consideraron las variables: edad, sexo, patología asociada, sintomatología. Se recogieron el número de pruebas y los resultados del: tránsito gastroesofágico (TIS), pHmetría y endoscopia/histología.

**Resultados.** Se estudiaron 91 pacientes entre 2 meses y 15 años de edad. La distribución por sexos fue simétrica (45 varones y 46 mujeres). 61 pacientes (67%) no presentaban patología asociada, 14 casos (15,4%) parálisis cerebral infantil, 6 casos (6,6%) atresia de esófago (tipo 3), 7 casos (7,7%) asma y 3 casos con (3,3%) displasia broncopulmonar. El número de pruebas diagnósticas realizadas a cada paciente osciló entre 2 y 9 (mediana 3). La combinación de pruebas más utilizada fue el TIS, seguida de pHmetría y posteriormente endoscopia, aunque sólo en el 30% de los casos. En el 70% restante se utilizaron combinaciones diferentes de pruebas diagnósticas. El TIS presentó una correlación muy baja con los resultados tanto de la pHmetría como con la endoscopia. La correlación entre pHmetría y endoscopia, aunque estadísticamente significativa ( $p:0,04$ ) mostró un bajo valor de correlación ( $r$  de Pearson: 0,004). La máxima correlación se halló entre la pHmetría y la histología ( $r$  de Pearson: 0,501;  $p: 0,0001$ )

**Conclusiones.** El limitado rendimiento de las pruebas disponibles condiciona una redundancia de estudios. Hemos hallado en nuestro medio un abuso de la utilización del TIS que no se justifica con su rendimiento diagnóstico.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Resultados a largo plazo de la cirugía antirreflujo en la atresia de esófago.** López-Fernández S, Hernández F, Hernández-Martin S, de la Torre CA, Amesty V, Chocarro G, Martínez L, Tovar JA. *Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** La relación entre atresia de esófago (AE) y reflujo gastroesofágico (RGE) es bien conocida. Nuestro objetivo es analizar la evolución a largo plazo de los pacientes con AE intervenidos por RGE.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes con AE en los que se ha realizado una cirugía antirreflujo en nuestro centro entre los años 1982 y 2011. La cirugía se indicó en casos de reflujo sintomático, demostrados objetivamente y resistentes al tratamiento médico.

**Resultados.** De 277 pacientes tratados por AE 63 fueron intervenidos por RGE (60 Nissen, 2 hemiNissen y 1 Thal). Clínicamente 48 pacientes (76,2%) presentaban vómitos frecuentes, 48 (76,2%)

síntomas respiratorios y 6 (9,5%) dolor retroesternal. Treinta y cinco pacientes (55,6%) presentaban estenosis esofágica. El RGE se demostró mediante pHmetría (57,1%), endoscopia (31,7%) o tránsito digestivo (65,1%). Los pacientes se operaron a una mediana de 1,16 años (0,16-15,36) y con un peso de 9,85 kg (2,4-62). La cirugía fue abierta en 50 pacientes (79,4%) y laparoscópica en 13 (20,6%) (2 reconversiones). La mediana de seguimiento fue de 7.89 años (1,21-29,96). Diecisiete pacientes (27%) presentaron recidiva del RGE, de los que 16 (25,4%) fueron reintervenidos a una mediana de 1,09 años (0,21-23,39) tras la cirugía inicial realizándose 15 reNissen y 1 Thal. Siete pacientes (11,1%) presentaron nueva recidiva y fueron reoperados (4 esofagocoloplastias, 2 reNissen y 1 desconexión esófago-gástrica).

**Conclusiones.** La cirugía antirreflujo es necesaria frecuentemente en pacientes con AE, pero fracasa a menudo. En una proporción considerable estos pacientes se han beneficiado de nuevas intervenciones antirreflujo.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Análisis de los factores pronósticos en la atresia de vías biliares.** Vivas Colmenares GV, Alonso Arroyo V, Martínez Criado Y, Soares Medina AR, Cabello Laureano R, De Agustín Asensio JC. *Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** La atresia de vías biliares (AVB) presenta una incidencia mundial alrededor de 1 de cada 9.000 a 12.000 recién nacidos vivos. Nuestro objetivo es revisar y analizar las variables pronósticas de la AVB.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo, basado en la revisión de todos los pacientes intervenidos en nuestro centro mediante la técnica de Kasai desde marzo de 1983 a enero del 2012. Se analizan un total de 52 variables pronósticas: antecedentes, sintomatología, pruebas diagnósticas, empleo de corticoides, complicaciones y evolución.

**Resultados.** Se incluyen 35 pacientes; 57% del sexo masculino; agrupados de acuerdo a la edad de la cirugía: grupo A (< 60 días) 16/35; grupo B (60-90) 17/35 y grupo C (> 90) 2/35. Observamos que la AVB tipo II fue más común en el grupo A y la III para el grupo B y C. Existe un predominio de fibrosis hepática en los pacientes del grupo A (8/11), y de cirrosis en el B (7/14). La media de estancia hospitalaria fue de 24,66; 28,50; 50,00 días para el grupo A, B y C respectivamente. A partir del 2001 se instaura tratamiento con corticoides en el postoperatorio; observando complicaciones en el 40% de los tratados y en el 70% de los no tratados. En 10 años el 50% están asintomáticos y el 37,9% trasplantados.

**Conclusiones.** Tanto el diagnóstico como la derivación portoentérica precoz mejoran el pronóstico en la AVB. Las formas sindrómicas tienen peor pronóstico. El tratamiento con corticoides podría beneficiar la evolución de los pacientes.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **V.04 Técnica de Rendez-Vous: manejo en un solo tiempo de la coledocolitiasis en la infancia.** Gómez Beltrán OD<sup>1</sup>, Garrido Pérez JI<sup>1</sup>, Hervás Molina A<sup>2</sup>, Lasso Betancor CE<sup>1</sup>, Castillo Fernández AL<sup>1</sup>, Murcia Pascual FJ<sup>1</sup>, Betancourth Alvarenga JE<sup>1</sup>, Paredes Esteban RM<sup>1</sup>. <sup>1</sup>UGC Cirugía Pediátrica, <sup>2</sup>UGC Aparato Digestivo. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Objetivos.** La coledocolitiasis se presenta en el 7% de los niños con colelitiasis. Puede cursar de modo asintomático u originar cólico biliar, pancreatitis, ictericia, colangitis. En los casos sintomáticos debe realizarse la extracción de cálculos. La técnica *Rendez-Vous* consiste en la colocación laparoscópica de un catéter transcístico-transpapilar para marcar la papila, facilitando el abordaje endoscópico.

**Material y Métodos.** Se presenta el caso de una paciente tratada con la técnica *Rendez-Vous*.

**Resultados.** Niña de 13 años con dolor en hipocondrio derecho, vómitos, sin fiebre. Escleras subictéricas, abdomen blando, Murphy positivo. Análítica con leucocitosis, neutrofilia, amilasa normal. Ecografía abdominal con vesícula distendida, paredes edematosas y litiasis. Se considera colecistitis aguda. Se inicia antibiótico. Ecografía abdominal de control con normalidad en el grosor de la pared vesicular, colédoco de 9 mm con cálculo en su interior. Colangiografía con dilatación de la vía biliar intra-extrahepática, litiasis vesicular, conducto pancreático normal, afilamiento del colédoco en su porción distal. Se decide tratamiento quirúrgico mediante técnica de *Rendez-vous*. Se efectúa colangiografía laparoscópica, colocación de catéter transcístico transpapilar, CPRE, papilotomía, extracción de cálculo del colédoco y colecistectomía. La evolución postoperatoria es satisfactoria.

**Conclusiones.** Debido a la dificultad para la localización de la papila duodenal en los niños y al riesgo de pancreatitis con la CPRE, una excelente alternativa radica en la realización en el mismo acto de colecistectomía laparoscópica con colocación de catéter transcístico-transpapilar, endoscopia, CPRE, papilotomía y extracción de cálculos. En los casos refractarios o con CPRE fallida, se requiere cirugía abierta o laparoscópica con exploración de vías biliares.

*Forma de presentación: Vídeo 5 minutos*

- **Optimización en la estrategia diagnóstica y terapéutica en el quiste de colédoco.** Vivas Colmenares GV, Martínez Criado Y, Jiménez Crespo MV, Millán López A, De Agustín Asensio JC. *Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** El quiste de colédoco presenta una incidencia en países occidentales de 1 en 100.000-150.000. El propósito de este estudio es analizar aquellas variables introducidas para la optimización en el diagnóstico y tratamiento del quiste de colédoco.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos en nuestro centro de quiste de colédoco mediante hepático-yeyunostomía (HY) en Y de Roux, desde septiembre de 1988 a noviembre del 2012. Se analizan 40 variables incluyendo edad, sintomatología, tipo de quiste, pruebas diagnósticas, cambios en la técnica quirúrgica, complicaciones y evolución.

**Resultados.** 18 pacientes (66,66% mujeres) fueron agrupados de acuerdo a la edad de presentación: Prenatal (< 1mes); Precoz (1-24); Tardía (> 24 meses). Los síntomas más frecuentes fueron ictericia y dolor abdominal (para los de inicio precoz y tardío respectivamente). El 83,3% presentaban quistes de colédoco tipo I; siendo suficiente la ecografía para el diagnóstico en el 94,44%. A partir del 2004 modificamos la técnica quirúrgica realizando por vía laparoscópica la disección de la vía biliar, y mediante laparotomía mínima (3-5cm) HY con asa descendente de 40cm, empleando sutura

de polipropileno. Las únicas complicaciones observadas han sido 1 caso de dehiscencia parcial de la anastomosis resuelta con tratamiento conservador y 1 colangitis en paciente con poliquistosis hepática y renal. En el año 2012 el 83,33% están asintomáticos.

**Conclusiones.** La simplificación diagnóstica, que en > 90% de los casos se realiza solo con ecografía, unido a los avances en cirugía mínimamente invasiva y creación de asa descendente de > 20cm, han logrado optimizar el pronóstico del quiste de colédoco.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Comportamiento clínico y epidemiológico de las atresias yeyunales. Revisión de 40 años de experiencia.** Roldán Pérez S, Millán López AM, Delgado Cotán L, Jiménez Crespo MV, Requena Díaz MM, Vivas Colmenares GV, De Agustín Asensio JC. *Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Las atresias yeyunales (AY) e ileales están agrupadas en una misma entidad clínica. Sin embargo, existen entre ellas diferencias etiológicas, clínicas y epidemiológicas. Con una incidencia de 1/15.000 nacidos vivos, la AY es tres veces menos frecuente que la ileal. El objetivo de este trabajo es analizar los casos de AY tratados en nuestro centro, y caracterizar su comportamiento clínico y epidemiológico.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes con AY intervenidos entre 1972 y 2012. Se analizaron variables demográficas, diagnóstico (prenatal/postnatal), tipo de atresia (clasificación de Grosfeld), edad a la cirugía, técnica quirúrgica, malformaciones asociadas, complicaciones y mortalidad.

**Resultados.** Se intervinieron 47 pacientes (24 mujeres, 23 varones), presentándose como diagnóstico prenatal en el 17%, y como clínica obstructiva en el 78%. Se identificaron 10 AY tipo I (21,27%), 13 tipo II (27,65%), 6 tipo IIIa (12,76%), 4 tipo IIIb (8,51%), y 14 tipo IV (29,78%). Se realizaron técnicas derivativas en 9 casos (19%), resección-anastomosis en 14 (29,78%) y se asoció yeyunoplastia en 23 (48,93%). La edad media a la cirugía fue de 2,59 días (0,25-8) y la principal complicación fue la estenosis anastomótica (21,27%). Se encontraron malformaciones asociadas en 18 casos, principalmente digestivas (21,27%) y cardiovasculares (12,76%). La mortalidad fue del 23,40%, asociada en el 54% a otras malformaciones.

**Conclusiones.** Existe una alta incidencia de atresias múltiples en los pacientes con AY, siendo el subtipo más frecuente de nuestra serie.

*Forma de presentación: Oral 3 minutos*

- **Tratamiento de las oclusiones postoperatorias en niños: ¿adhesiolisis abierta o laparoscópica?** Albertos Mira-Marcelí N, Gallego Mellado N, Deltell Colomer P, Mira Navarro J, Encinas Goenechea A, Licerias Licerias E, Sánchez París Ó, González López F, Martín Hortigüela ME, Navarro de la Calzada C, González Piñera J. *Hospital General Universitario de Alicante.*

**Objetivos.** Las adherencias postoperatorias son una causa frecuente de oclusión en niños. Aunque la mayoría se manejan de forma conservadora, hasta un 40% no responden y requieren tratamiento quirúrgico. La cirugía abierta es la técnica de elección, sin embargo

aumenta el riesgo de nuevos cuadros oclusivos. Por ello, nuestro objetivo es comparar los resultados de la adhesiolisis laparoscópica frente a la abierta.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo revisando los pacientes intervenidos por oclusiones postoperatorias en nuestro centro.

**Resultados.** En los últimos 8 años, se han realizado 37 intervenciones por oclusiones postoperatorias. El 43,24% mediante laparoscopia y el 56,76% mediante laparotomía. La media de edad fue 6 y 4,34 años para la técnica laparoscópica y abierta, respectivamente. No encontramos diferencias en el tiempo de evolución del cuadro oclusivo, ni en los antecedentes quirúrgicos. Sin embargo, el grupo de adhesiolisis laparoscópica presentó mejores resultados que el de cirugía abierta en: necesidad de vía central, uso de parenteral, reinicio de la enteral, complicaciones intra y postoperatorias y estancia hospitalaria. Se realizó reconversión en 2 pacientes.

**Conclusiones.** 1. En nuestro centro la adhesiolisis laparoscópica forma parte rutinaria de la terapéutica de oclusiones postoperatorias. 2. La técnica laparoscópica y abierta son eficaces para la resolución de la oclusión. 3. La adhesiolisis laparoscópica presenta ventajas: menor necesidad de vía central y de nutrición parenteral, reinicio más temprano de la nutrición enteral, menor tasa de complicaciones y menor estancia postoperatoria. 4. La adhesiolisis laparoscópica es un método eficaz y seguro para el manejo de la oclusión postoperatoria.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Manejo de la disfunción intestinal neurógena mediante irrigación transanal.** Ruiz Aja E, Galbarriatu Gutiérrez A, Solae-txe Prieto N, Medrano Méndez L, Álvarez Martínez L, López Álvarez-Buhilla P. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.*

**Objetivos.** La disfunción intestinal neurógena puede provocar una limitación en la integración social y calidad de vida de los pacientes con lesiones medulares. Evaluamos la efectividad de un sistema de irrigación transanal (IT) continente en el manejo de la disfunción neuropática intestinal

**Material y Métodos.** Recogemos datos de todos los pacientes tratados mediante irrigación transanal en los tres últimos años que previamente no respondieron al manejo conservador. Realizamos una encuesta de satisfacción mediante un cuestionario específico analizando hábitos defecatorios, toma de medicación, grado de incontinencia y nivel de satisfacción.

**Resultados.** El sistema fue ofrecido a 15 pacientes con disfunción intestinal secundaria a lesión medular, 11 varones (73%) y 4 mujeres (27%). Previamente se realizó una manometría anorrectal en todos los pacientes. La edad osciló entre los 7 y 22 años. El volumen y frecuencia de irrigaciones fue de 550 ml y de tres días, respectivamente, tras un periodo de adaptación. Los síntomas (incluyendo la incontinencia fecal) y el índice de satisfacción mejoró en la mayoría de los pacientes según el cuestionario empleado (NBD store).

**Conclusiones.** La IT es un método no invasivo, seguro y válido para el manejo del intestino neurógeno en los pacientes con lesiones medulares permitiendo un mayor grado de autonomía y mejoría en su calidad de vida.

*Forma de presentación: Oral 3 minutos*

- **La acalasia en la infancia y la adolescencia, un reto terapéutico.** Lasso Betancor CE, Garrido Pérez JI, Gómez Beltrán ÓD, Castillo Fernández AL, Granero Cendón R, Paredes Esteban RM. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Objetivos.** El tratamiento de la acalasia en pediatría permanece en continuo debate. Su escasa incidencia y la ausencia de tratamiento curativo convierten su manejo en un auténtico desafío.

**Material y Métodos.** Revisión retrospectiva de los pacientes menores de 18 años tratados por Acalasia en nuestro centro desde el año 2000 al 2012, mediante dilatación neumática (DN) y miotomía de Heller (MH).

**Resultados.** Se trataron 13 niños con edad media de 12 años (4-18). Tiempo medio para el diagnóstico desde el comienzo de la clínica de 15 meses (2-48) y un seguimiento medio de 66,8 meses (4-144). En los primeros 11 pacientes se realizó DN. Tres niñas permanecen asintomáticas (16-17 años), un paciente presenta disfagia moderada (varón, 18 años), seis (varones, 4-14 años) se sometieron a MH tras una media de 3 dilataciones (1-7) y un niño (4 años) precisó laparotomía urgente por perforación esofágica. Los dos últimos pacientes de la serie (niña/9 años; niño/13 años) recibieron cirugía de forma primaria. En total 8 niños fueron sometidos a MH más técnica antirreflujo, 6 de ellos por laparoscopia. Ninguno ha necesitado tratamientos adicionales, dos pacientes presentan disfagia leve-moderada y otro fue reintervenido por perforación esofágica. La estancia media total de los pacientes sometidos a DN fue de 12,7 días (2-45), frente a 9 días (3-30) en los pacientes intervenidos.

**Conclusiones.** La DN parece presentar peores resultados en pacientes de corta edad y sexo masculino. Aunque la DN y la MH pueden actuar como tratamientos complementarios, la MH laparoscópica debería ser la primera opción terapéutica en pediatría.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Alargamiento intestinal con técnica de STEP en el tratamiento del síndrome de intestino corto: ¿Es efectivo?** Lara A, Redecillas S, García L, Broto J, Giné C, Molino JA, Peiró JL, Lloret J, Bueno J. *Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.*

**Objetivos.** El STEP (serial transverse enteroplasty) es la técnica quirúrgica más reciente en el tratamiento del síndrome de intestino corto (SIC) y existe escasa información sobre su eficacia. El objetivo de este trabajo es describir nuestra experiencia.

**Material y Métodos.** En el periodo 2005-2012, 6 pacientes con SIC se han intervenido con STEP a una mediana de edad de 2,5 años (rango: 0,5-11 años). La etiología del SIC fue enterocolitis necrotizante (n= 4), vólvulo (n= 1) e Hirschsprung (n= 1). La media de intervenciones pre-STEP fue de 5+2. La mediana de longitud intestinal pre-STEP fue de 52,5 cm (rango: 28-120 cm). Ningún niño conservaba la válvula ileocecal y 4/6 tenían < 50% del colon. La indicación fue dependencia de nutrición parenteral (NP) (n= 4) y alteraciones metabólicas severas (n= 2).

**Resultados.** La mediana de longitud intestinal post-STEP fue de 122 cm (rango: 70-230 cm), con una media de 15+2,8 disparos de grapadora (35-45 mm). A un paciente se le realizó ostomía con el

segmento alargado. Se registraron complicaciones postoperatorias en 1/6 (fallo de sutura mecánica e infección de herida). A los 6 meses post-STEP, se disminuyó un 37,5% el aporte calorías/kg/día por NP y aumentó un 0,5% el IMC z-score. Con una mediana de seguimiento de 2,1 años (0,5-7,5 años), en 1/4 se alcanzó independencia de NP, en 4/4 disminuyeron las necesidades calóricas parenterales y en 2/2 se resolvieron los trastornos metabólicos.

**Conclusiones.** El STEP es efectivo en el SIC, puede disminuir los trastornos metabólicos y las necesidades calóricas por NP e incluso permitir la independencia de ésta.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Pronóstico en la era actual del intestino corto neonatal con longitud inferior a 50 cm.** García Martínez L<sup>1</sup>, Redecilla S<sup>2</sup>, Segarra O<sup>3</sup>, Broto Mangués J<sup>1</sup>, Gine Prades C<sup>1</sup>, Molino Gahete JA<sup>1</sup>, Peiro Ibañez JL<sup>1</sup>, Lloret Roca J<sup>1</sup>, Bueno Recio J<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica, <sup>2</sup>Unidad de Nutrición Pediátrica, <sup>3</sup>Unidad de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** El 85% de los síndromes de intestino corto (SIC) ocurre en neonatos. Las Unidades multidisciplinarias de rehabilitación intestinal han mejorado el pronóstico de estos pacientes, disminuyen el fallo hepático por nutrición parenteral (NP) y la necesidad de trasplante intestinal. Analizamos nuestra experiencia en neonatos con longitud intestinal < 50 cm.

**Material y Métodos.** En el periodo 2004-2012 hemos tratado 14 neonatos con SIC y longitud intestinal < 50 cm. Todos los pacientes requirieron NP. Las causas del SIC fueron enterocolitis necrotizante (n= 9) y vólvulo (n= 5). La longitud media intestinal fue de 33,9 ± 13,5 cm, 4 (28,5%) preservaban la válvula ileocecal y la mitad < 50% del colon. En 5 (37%) se realizó tratamiento quirúrgico con alargamiento intestinal. El tiempo medio de seguimiento ha sido 4,4 ± 2,3 años.

**Resultados.** El 93% (13/14) sobreviven y 8/14 (57%) han conseguido autonomía digestiva. La probabilidad de independizarse de la NP fue del 38% al año y 65% a los dos. El paciente que falleció (muerte súbita) continuaba 2 días/semana con NP. La válvula ileocecal influyó en alcanzar la autonomía nutricional (4/4 pacientes con válvula vs 4/10 sin válvula (p<0,05)). Infecciones de catéter central ocurrieron en el 78,5% de los casos (tasa 0,3 infecciones/100 días NP), trombosis venosa (> 2 vasos) en 14,2% y colestasis franca en 1 (7%) que se consiguió revertir.

**Conclusiones.** En la era actual, los neonatos con longitud intestinal < 50 cm tienen buen pronóstico, logrando en muchos de ellos la autonomía digestiva sin necesidad de trasplante intestinal.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Resultados funcionales del tratamiento de tres casos de duplicación cólica total con malformación ano-rectal.** Amesty Morello V, Ramírez Piqueras M, Barrera Delfa S, Chocarro Amatriain G, Hernández Oliveros F, Martínez Martínez L, Tovar Larrucea JA. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Objetivos.** Las duplicaciones del intestino posterior son raras y complejas de tratar. Nuestro objetivo fue revisar los pacientes

tratados de duplicaciones cólicas tubulares totales (DCT) asociadas a malformaciones ano-rectales (MAR) y evaluar los resultados en términos de motilidad cólica y continencia.

**Material y Métodos.** Se revisaron los pacientes tratados por asociación de DCT+MAR entre los años 2005-2008. Se realizó una división con grapadora-cortadora de la pared común del colon duplicado y reparación individualizada de la MAR. La continencia se evaluó mediante la puntuación de Holschneider modificada y el tránsito cólico por gammagrafía Ga-67 secuencial tras ingestión del isótopo.

**Resultados.** Tres pacientes (1H/2M) fueron tratados en este período. Una niña presentaba 2 orificios anales permeables, duplicidad vaginal y uretral en el examen físico, hallándose más tarde DCT, duplicación vesical y útero septado. Otra niña presentaba DCT con fístula recto-vestibular y otro ano ortotópico, sin trastornos urinarios. El niño presentaba una fístula perineal tratada por ARPSP al nacimiento. Ante el hallazgo de meconiuuria, se realizó laparotomía objetivándose DCT con fístula recto-uretral. La mediana de seguimiento fue de 75 (74-88) meses. La anatomía perineal fue casi normal tras la reparación. La puntuación de Holschneider fue buena, 11 (11-12) puntos. Una niña sufre de manchado ocasional. La gammagrafía reflejó un patrón de estreñimiento crónico idiopático.

**Conclusiones.** El restablecimiento quirúrgico de una sola luz cólica en la DCT con reparación individualizada de la MAR asociada, fue exitoso en términos de anatomía, motilidad y de continencia en estos casos.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Resultados funcionales en pacientes con enfermedad de Hirschsprung intervenidos mediante las técnicas de Duhamel y De la Torre.** Fernández Ibieta M<sup>1</sup>, Sánchez Morote JM<sup>1</sup>, Martínez Castaño I<sup>1</sup>, Reyes Ríos P<sup>1</sup>, Cabrejos Perotti K<sup>1</sup>, Rojas Ticona J<sup>1</sup>, Ruiz Pruneda R<sup>2</sup>, Aranda García MJ<sup>1</sup>, Roqués Serradilla JL<sup>1</sup>, Trujillo Ascanio A<sup>1</sup>, Hernández Bermejo JP<sup>2</sup>, Ruiz Jiménez JI<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Santa Lucía. Cartagena.

**Objetivos.** Los resultados funcionales a largo plazo de las distintas técnicas quirúrgicas en la enfermedad de Hirschsprung (EH) son variables según las series. Analizamos los resultados funcionales a medio plazo en pacientes con EH intervenidos

**Material y Métodos.** Revisión de historias clínicas y encuestas telefónicas a pacientes con EH intervenidos en los últimos 16 años

**Resultados.** Se encontraron 38 pacientes, edad media 7,7, rango: 1,5-21 años. La media de seguimiento fue de 5,9 años (mediana 5,5; rango 1-16 años) 13,2% presentaron afectación de segmento largo. Se realizaron 17 (44,7%) intervenciones de Duhamel (D), 16 (42,1%) de De la Torre (dIT), 4 (10,5%) intervenciones de Duhamel-Lester-Martin y 1 (2,6%) intervención de Soave. En la última visita o contacto telefónico, 12 (31,6%) presentaban estreñimiento y entre los pacientes ≥ 4 años (n= 33), 11 (33,3%) referían fugas. 10 pacientes (29,4%) presentaron encopresis a lo largo del seguimiento. Los pacientes D presentaron mayores tasas de estreñimiento a los dIT (53,3% vs 20%, p= 0,048). Los pacientes D presentaron menos fugas que los dIT, (13,3% vs 46,1% p= 0,05). Los pacientes con resecciones

muy pequeñas (< 10 cm) presentaron más estreñimiento (66,6% vs 17,4%, p= 0,007), y menos fugas (12,5% vs 47,3% p= 0,08). Todos los grupos presentaron tasas de encopresis similares

**Conclusiones.** Ambas técnicas tienen unos resultados a medio plazo similares. En la técnica de D existe más tendencia al estreñimiento y en la de dIT existe más proporción de niños con fugas. Creemos necesario un seguimiento a largo plazo de los pacientes con EH.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Calidad de vida y resultados a largo plazo en pacientes con enfermedad de Hirschsprung.** Fernández Ibieta M<sup>1</sup>, Sánchez Morote JM<sup>1</sup>, Martínez Castaño I<sup>1</sup>, Cabrejos Perotti K<sup>1</sup>, Reyes Ríos P<sup>1</sup>, Rojas Ticona J<sup>1</sup>, Ruiz Pruneda R<sup>2</sup>, Aranda García MJ<sup>1</sup>, Roqués Serradilla JL<sup>1</sup>, Trujillo Ascanio A<sup>1</sup>, Hernández Bermejo JP<sup>2</sup>, Ruiz Jiménez JJ<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Santa Lucía. Cartagena.

**Objetivos.** En este estudio hemos analizado los resultados de calidad de vida a largo plazo de dos técnicas quirúrgicas en la Enfermedad de Hirschsprung (Duhamel –D– y de la Torre –dIT–) desde el punto de vista de los pacientes

**Material y Métodos.** Se seleccionaron pacientes  $\geq 4$  años con EH de segmento corto intervenidos desde 1996 hasta 2011. Encuestas telefónicas: dos tests validados: el BFS (Bowel Function Score), y el GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index). Se tomaron dos grupos controles pareados por edad para cada grupo (D ó dIT).

**Resultados.** De 28 pacientes preseleccionados, 22 (78,6%) contestaron el cuestionario. Edad media: 10 años (rango 4-21). 12 pacientes se habían intervenido mediante técnica de dIT y 10 mediante técnica de D. Los pacientes dIT presentaron fugas más frecuentemente (58,3% vs 10% p= 0,03). Los resultados fueron mejores en el grupo D en los dos cuestionarios: 16 vs 12,8 puntos (BFS, p= 0,007) y 74,1 vs 69,8 (GIQLI, p= 0,17). Los resultados en el grupo control fueron mejores en ambos cuestionarios respecto a los pacientes con EH en su conjunto: 17,2 vs 14,3 (BFS, p < 0,001) y 75,9 vs 71,8 (cuestionario GIQLI, p= 0,04). Ambos grupos de pacientes intervenidos presentaban resultados inferiores a su grupo control respectivo

**Conclusiones.** Obtuvimos menor puntuación global en pacientes intervenidos de EH respecto a controles sanos. La incontinencia y las fugas tienen más impacto en la calidad de vida que el estreñimiento. Al presentar más frecuentemente fugas los pacientes del grupo dIT, los resultados en este grupo fueron inferiores.

*Forma de presentación: Oral 3 minutos*

- **Descenso endorrectal transanal: evolución y resultados.** Martínez Criado Y, Cabrera García R, Moya Jiménez MJ, Valladares Mendía JC, Jiménez Lorente AI, López Alonso M, De Agustín Asensio JC. Servicio de cirugía pediátrica. Hospital Infantil. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío-Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Presentar nuestros pacientes con enfermedad de Hirschsprung (EH) intervenidos mediante descenso endorrectal transanal (DET).

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo de los DET realizados por EH. Correlacionamos, fundamentalmente, longitud del segmento agangliónico con: diagnóstico, complicaciones, necesidad de colostomía y vía de abordaje. Analizamos los datos con el SPSS 19.0 usando pruebas paramétricas.

**Resultados.** Entre 2003-2012 hemos realizado 73 DET (16 mujeres-57 varones), el 78,6% diagnosticados en el periodo neonatal. La longitud del segmento agangliónico objetivada en el enema se correlacionó con los hallazgos quirúrgicos en un 68,9%, siendo mayor en segmentos cortos que en largos/pancolónicos (80,9% vs 44%, p < 0,001). Cuatro pacientes precisaron colostomía preoperatoria. La edad media de descenso fue de 6,29 meses (rango:4,51-33,7). El 64,4% fueron formas cortas. El abordaje abdominal fue necesario en 10 pacientes, 9 Hirschsprung largos/pancolónicos. Un 10,95% han presentado enterocolitis postoperatoria, sin correlacionarse con la longitud agangliónica, ni con la existencia de displasia residual. La suboclusión por bridas se presentó en 19,2% de formas largas/pancolónicas. Actualmente, de los pacientes valorables, 5 tienen hábito estreñido y 12 presenta escapes.

**Conclusiones.** El DET es la cirugía de elección para la EH. La gran mayoría de pacientes pueden manejarse con “nursing” preoperatorio, sin necesidad de colostomía. Las pruebas diagnósticas de elección son la manometría con biopsia por succión. No hemos encontrado correlación entre la existencia enterocolitis y la longitud del segmento agangliónico, aunque hemos observado una reducción drástica de las enterocolitis postoperatorias, desde la introducción de modificaciones técnicas, como la sonda rectal postquirúrgica y la sección posterior del manguito muscular.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **La incontinencia fecal en los pacientes intervenidos por malformaciones anorrectales.** Delgado Cotán L, Roldán Pérez S, Moya Jiménez MJ, Cabrera García R, López Alonso M, De Agustín Asensio JC. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Presentar los pacientes con malformaciones anorrectales tratados en nuestro centro y conocer el grado de incontinencia fecal y el grado de satisfacción de los intervenidos por ARPS.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes tratados en nuestro centro, valorando datos neonatales, antecedentes familiares, patología asociada, tipo de malformación, cirugías realizadas, dilataciones, complicaciones, seguimiento, grado de continencia y pruebas complementarias. Se realizó una encuesta telefónica a pacientes y/o padres valorando resultados y satisfacción, aplicando la escala de Wexner para incontinencia fecal.

**Resultados.** Revisión de 77 pacientes (1983-2012), 71 intervenidos por ARPS, encontrando 6 agenesias sin fístula, 7 fístulas rectovesicales, 14 rectouretrales, 16 rectovestibulares, 7 rectovaginales, 23 rectoperineales y 4 estenosis anales. 44 presentaban patología asociada, uno falleció por cardiopatía. En 22 pacientes no valoramos la continencia por ser menores de 3 años y/o no controlar esfínteres. Encontramos 9 incontinentes, 8 pseudocontinentes y 30 hábito normal. El 100% de incontinentes eran malformaciones altas y el 55% de estreñimientos eran malformaciones bajas. En la encuesta se contactó con 40 pacientes siendo 5 incontinentes graves, 4 incontinentes leves, 20 normales y 11 estreñidos. El grado de satisfacción de los padres

es de excelente en 13, muy bueno en 6, bueno en 8 y regular en 2. El grado de satisfacción en pacientes adultos es de excelente en 3, muy bueno en 3, bueno en 4 y regular en 1.

**Conclusiones.** Tenemos 22,5% de incontinentes siendo del 25% en series publicadas. El 92,5% de los encuestados considera su calidad de vida al menos buena independientemente de su tipo de malformación.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

## COMUNICACIONES ORALES IX: CIRUGÍA EXPERIMENTAL

- **Modelo experimental de brida amniótica en ratas: descripción del modelo y estudio morfológico inicial.** López-Fernández S, Encinas JL, Hernández-Martín S, Vilanova A, Sánchez A, Hernández F, López Santamaría M, Tovar JA. *Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Describir un nuevo modelo experimental de brida amniótica en ratas y mostrar los resultados morfológicos iniciales.

**Material y Métodos.** El modelo se creó mediante ligadura de una pata trasera de los fetos el día 17 de gestación; en determinados fetos la ligadura fue retirada el día 19 de gestación. Los fetos se extrajeron mediante cesárea el día 21 de gestación, analizando sus pesos y las características morfológicas de sus patas traseras. Utilizamos 10 ratas SD gestantes, con un peso de 263 g (231-279). Se analizaron 113 fetos repartidos en 6 grupos: fetos de ratas control (n= 28), apertura y cierre uterino (n= 7), creación de brida (n= 28), creación y retirada de la brida (n= 14) y fetos a los que no se intervino pero formaban parte de las camadas de los grupos en que se creó la brida (n= 19) y de los que se creó y se retiró (n= 17). Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante test paramétricos considerando significativas diferencias con  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Los fetos intervenidos (ligadura y ligadura con retirada) mostraron diferencias estadísticamente significativas en el peso (medias= 4,56 g y 4,4 g) y longitud de patas traseras (medias= 3,97 y 5,34 mm) respecto al resto de grupos, no así el grupo de apertura y cierre uterino sin actuación sobre el feto. La tasa de abortos en fetos intervenidos fue del 16,6% y la de amputaciones del 8,3%.

**Conclusiones.** Se describe un modelo experimental viable y reproducible de bridas amnióticas, con posibles aplicaciones tanto en el estudio de la enfermedad como en el papel de la cirugía fetal sobre la misma.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Estudio de expresión de marcadores de células madre neurales en neuroblastoma y correlación con factores pronóstico.** Martínez Criado Y<sup>1</sup>, Vega Moreno F<sup>2</sup>, Cabello Laureano R<sup>1</sup>, Fernández Pineda I<sup>1</sup>, Sánchez Rivas E<sup>3</sup>, Pardal Redondo R<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>2</sup>IBIS. <sup>3</sup>Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

**Introducción.** En el neuroblastoma, la existencia de células madres cancerosas (CMC) se ha relacionado con la presencia de metástasis, resistencia al tratamiento quimioterápico y recidiva.

**Objetivo.** Analizar la expresión de marcadores de diferenciación de células progenitoras neurales, y correlacionarlo con la clínica, histología, genética y respuesta al tratamiento convencional, para averiguar el valor pronóstico los mismos.

**Material y Métodos.** Realizamos un estudio experimental y retrospectivo con muestras de neuroblastoma obtenidas mediante biopsia o exéresis tumoral entre 2010-2012. Mediante inmunohistoquímica de fluorescencia analizamos la expresión de los marcadores: CD44, CD74, CD133, tiroxina hidroxilasa, receptor de endotelina A (REA) y B (REB), p75, nestina y Phox2b. Posteriormente relacionamos la expresión con las variables clínicas de nuestro estudio.

**Resultados.** Respecto al grado de expresión, la nestina fue positiva en el 72,2% de las muestras y el REA en el 66,7%. Phox2b y CD74 fueron de menor expresión, siendo positiva en menos del 30% de casos. En la correlación con las variables clínicas, CD44, REB y Phox2b se expresaban en tumores agresivos. La expresión de REA se correlacionó de forma significativa con tumores de histología desfavorable ( $p = 0,01$ ), amplificación del N-myc ( $p = 0,05$ ) y recidiva/progresión ( $p = 0,05$ ).

**Conclusiones.** La expresión de CD44, REB y REA se produce en tumores más agresivos y con factores pronósticos desfavorables. Estos marcadores están presentes en la membrana de células madre progenitoras neurales, por tanto, nos podrían ayudar a identificar y aislar por citometría las CMC del NB para el estudio de nuevas dianas terapéuticas.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Preservación hipotérmica de intestino delgado para trasplante pediátrico: un estudio morfológico mediante microscopía electrónica de barrido.** Muñoz Miguelsanz M<sup>Á</sup><sup>1</sup>, Fernández Segura E<sup>2</sup>, García Gómez M<sup>1</sup>, Díaz Moreno E<sup>1</sup>, Padilla García-MA<sup>1</sup>, Fernández Valadés R<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Hospital Universitario Materno Infantil Virgen de las Nieves, Granada. <sup>2</sup>Departamento de Histología, Universidad de Granada.

**Objetivos.** Analizar el efecto de diferentes soluciones de preservación hipotérmica sobre la mucosa de íleon intestinal en ratones CD1 mediante el empleo de microscopía electrónica de barrido para su aplicación en el trasplante intestinal pediátrico

**Material y Métodos.** Los animales de experimentación (n= 12) fueron clasificados en un grupo control y tres experimentales. Los segmentos de íleon fueron perfundidos intravascular e intraluminalmente con diferentes soluciones de preservación a 4°C. Las soluciones simples empleadas fueron suero salino (SS) –grupo 2– y Ringer-Lactato (RL) –grupo 3–. Como solución de preservación de órganos y compleja se utilizó la solución Celsior –grupo 4–. Los segmentos intestinales fueron almacenados durante 14 horas a 4°C con la misma solución de preservación empleada para su perfusión. Las diferentes muestras fueron procesadas para microscopía electrónica de barrido.

**Resultados.** El grupo control mostró una mucosa con patrón vellositario y microvellositario normal. El grupo 2 se caracterizó por presentar un patrón vellositario y microvellositario compatible con el grupo control. El grupo 3 mostró lesiones focales del caracterizadas por pérdidas epiteliales a nivel del vértice vellositario y exposición del eje conjuntivo-vascular de la vellosidad. Finalmente, el grupo

4 presenta un patrón vellositario desestructurado con hendiduras subepiteliales extensas, así como destrucción de células enterocíticas hasta la base.

**Conclusiones.** El estudio demuestra que las soluciones cristaloides simples administradas por vía vascular y luminal mantienen la integridad de la mucosa intestinal tras su preservación hipotérmica (isquemia fría). La microscopia electrónica de barrido constituye una metodología óptima en la valoración topográfica del daño tisular inducido por dicha preservación.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Sustituto de pared vesical humana obtenido mediante ingeniería tisular. Modelo in vitro.** García Gómez M<sup>1</sup>, Díaz Moreno E<sup>1</sup>, Muñoz Miguelsanz MA<sup>1</sup>, Ruiz Montes AM<sup>1</sup>, Garzón P<sup>2</sup>, Crespo Pv<sup>2</sup>, Fernández Valades R<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>2</sup>Grupo de Ingeniería Tisular. Departamento de Histología. Universidad de Granada.

**Objetivos.** Para el tratamiento de algunas patologías que afectan a la vejiga, congénitas (extrofia) y adquiridas (traumatismos, tumores), es necesaria la reconstrucción de pared vesical utilizando tejidos como intestino delgado o sigma. Estos tejidos no tienen las características del urotelio vesical y no están exentos de complicaciones. Pretendemos desarrollar un modelo de pared vesical humana mediante ingeniería tisular que pueda utilizarse en estos casos.

**Material y Métodos.** Se obtuvieron 15 biopsias de pared vesical de individuos sanos con patología urológica benigna. Tras la digestión enzimática mediante tripsina-EDTA y colagenasa, se aislaron células estromales y epiteliales, que fueron cultivadas y expandidas. Las células estromales se co-cultivaron tridimensionalmente en biomateriales de fibrina y agarosa, sembrándose las epiteliales en su superficie. Posteriormente los constructos se analizaron mediante microscopía óptica y electrónica. Realizándose estudio inmunohistoquímico de citoqueratinas 4,8,7,13 y filagrina.

**Resultados.** El crecimiento y proliferación de las células fue adecuado en soportes de fibrina y agarosa. Su estructura histológica presentaba una gran similitud con tejidos vesicales nativos. El análisis inmunohistoquímico mostró expresión de citoqueratina 13 en el tejido construido y en el control. Fue negativo en ambos para citoqueratinas 4 y filagrina. Sin embargo, las citoqueratinas 7 y 8 fueron positivas en el artificial y negativas en el control.

**Conclusiones.** El tejido vesical generado por ingeniería tisular puede ser análogo al tejido vesical nativo aunque la maduración podría ser incompleta in vitro. La utilización de ingeniería tisular con soportes de fibrina y agarosa puede ser de utilidad en el tratamiento de patologías vesicales.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

## COMUNICACIONES ORALES X: CIRUGÍA NEONATAL

- **Atresia de esófago “long-gap”: Schärli versus Foker.** Domènech Tàrrega AB, Gutiérrez San Román C, Lluna González J, Barrios Fontoba JE, Vila Carbó JJ. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València.

**Objetivos.** Presentar el resultado a corto y largo plazo de las atresias de esófago (AE) tipo “long-gap” con dos técnicas quirúrgicas.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo de AE tipo long-gap sin fístula (n= 8) y con fístula (n= 2) de los últimos 18 años. Se compara el resultado de técnica de Schärli (1992) con Foker (1997).

**Resultados.** Se incluyeron 10 pacientes con AE tipo “long-gap”. Peso medio al nacimiento 2.418 gramos. El 30% tenían patologías asociadas (Vacterl, Down, DiGeorge). Se realizó gastrostomía o yeyunostomía a 7 pacientes inicialmente. Se realizó la técnica de Scharli en 4 pacientes (edad media 3,3 meses) y 6 con técnica de Foker (edad media 39 días). Las complicaciones fueron: a) Schärli: dehiscencia (25%), estenosis (75%), exitus por cardiopatía (25%), herniación colónica a través de hiato diafragmático (25%). La mediana de dilataciones fue 4 (SD 9,2). b) Foker: dehiscencia (83,3%), estenosis (83,3%), reflujo gastroesofágico (RGE) (83,3%), fistulización (16,7%), Sd Dumping. La mediana de dilataciones fue 9,5 (SD 10,8). Actualmente los enfermos con Schärli (6-18 años, 12 años evolución media) se encuentran asintomáticos, aunque uno de ellos presenta esofagitis grado III en la última biopsia. De los Foker, 4 de ellos han sido sometidos a cirugía antirreflujo, solamente uno se encuentra asintomático, el resto siguen en tratamiento de sus respectivas complicaciones (dilataciones, fistulización y Dumping).

**Conclusiones.** El tratamiento de la AE tipo “long-gap” sigue siendo un desafío quirúrgico. Nuestra experiencia nos dice que la técnica de Schärli presenta menor número de complicaciones. Aunque es difícil establecer esta comparación con un número tan limitado de pacientes.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Cirugía toracoscópica de la atresia de esófago con fístula distal: nuestra experiencia actual.** Moreno Zegarra C, García V A, Cano I, Morante R, Tordable C, González M, Carrillo I, Benavent MI, López Diaz M, Gómez A. H. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

**Introducción.** La aplicación de la cirugía mínimamente invasiva como técnica habitual, nos ha permitido mejorar nuestra habilidad quirúrgica y utilizar esta vía en el tratamiento de patología compleja como la atresia de esófago.

**Objetivo.** Evaluar nuestros resultados en el tratamiento toracoscópico de las atresias de esófago con fístula distal durante el periodo 2007-2012.

**Material y Métodos.** Revisión retrospectiva de los 16 pacientes intervenidos. El peso medio en el momento de la cirugía fue de 2750 g. La técnica fue realizada de forma intracorpórea en todos. Se analizaron: tiempo quirúrgico, duración de ventilación mecánica, días con drenaje torácico, inicio de la alimentación y complicaciones.

**Resultados.** Se pudo realizar la cirugía completa en 15 y en 1 sólo el cierre de la fístula por inestabilidad hemodinámica. El tiempo quirúrgico medio fue 210 min. Se dejó drenaje torácico en 8 pacientes una media de 8,6 días. El inicio de alimentación oral fue 11,2 días de media. Las complicaciones postquirúrgicas fueron: 4 estenosis (26,6%) que precisaron entre 2 y 6 dilataciones, 1 dehiscencia que se trató conservadoramente y 4 neumotórax. No hubo refistulizaciones.

**Conclusiones.** La toracoscopia aporta claras ventajas sobre la reparación abierta de la atresia de esófago. Nos ofrece una visión

excelente evitando las complicaciones propias de la toracotomía. Sin embargo, la anastomosis esofágica por esta vía, requiere una técnica quirúrgica avanzada que sólo nos ha sido posible tras una curva de aprendizaje en otras patologías más simples. De este modo hemos conseguido unos resultados similares a los de la toracotomía sin las desventajas de ésta.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Fuga de anastomosis esofágica en pacientes con Atresia de Esófago: Factores predictivos. Diagnóstico y tratamiento.** Bordón Cabrera E, Molino Gahete JA, Peiro Ibañez JL, Lloret Roca J. *Servicio de Cirugía Pediátrica Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** La fuga anastomótica tras la reparación de atresia esofágica (AE) es una complicación conocida que puede ocasionar gran morbilidad y mortalidad; cuyo manejo resulta un tema controvertido. El objetivo del estudio es evaluar factores predictivos, así como su diagnóstico y tratamiento.

**Material y Métodos.** Revisión retrospectiva de pacientes con AE intervenidos en nuestro centro entre 2002-2012, se analizaron datos epidemiológicos, de diagnóstico y tratamiento.

**Resultados.** De los 94 pacientes atendidos por atresia esófago 73 cumplían criterios de inclusión, de ellos 13 (17,8%) presentaron fuga de la anastomosis esofágica, sólo uno presentó dehiscencia completa. El peso medio fue 2.180 g ( $\pm 773$ g). Nueve pacientes (69,2%) tenían patología asociada siendo la cardíaca la más frecuente (38,5%). Un peso inferior a 2.300 g, long gap y abordaje transpleural se comportaron como factores predisponentes ( $p < 0,05$ ). El diagnóstico inicial se realizó a los 6,7 días ( $\pm 3,6$ ) por empeoramiento clínico en un paciente, salida de saliva a través del drenaje en 6 y esofagograma en 6 pacientes. El tratamiento inicial fue conservador en todos los pacientes. La mediana de tiempo de resolución fue de 15 días (6-80). Cuatro pacientes (30%) presentaron fistulas a vía aérea (3 FTE y 1 pulmonar), 3 fueron reintervenidos (en un paciente se realizó reparación esofágica), 1 se resolvió con láser. Tres pacientes (23%) requirieron dilataciones por estenosis secundaria. Hubo 3 éxitos (sólo uno en relación directa con AE)

**Conclusiones.** Los factores de riesgo predisponentes para la fuga anastomótica son el bajo peso y la distancia entre los cabos. En nuestra experiencia el tratamiento conservador ofrece buenos resultados.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Perforación gástrica neonatal: presentación de tres casos y revisión sistemática de la literatura.** Gómez Beltrán OD, Garrido Pérez JI, Granero Cendón R, Murcia Pascual FJ, Lasso Betancor CE, Vargas Cruz V, Paredes Esteban RM. *UGC Cirugía Pediátrica. Hospital Reina Sofía. Córdoba.*

**Objetivos.** La perforación gástrica neonatal (PGN) representa el 7% de las perforaciones gastrointestinales en los recién nacidos. Puede ser espontánea o asociarse a diversos factores de riesgo.

**Material y Métodos.** Se realizó una revisión retrospectiva de los casos de PGN en nuestro hospital entre los años 2000 a 2012. Se efectuó un meta-análisis con artículos publicados en los últimos 10 años.

Se efectuó un análisis estadístico evaluando la mortalidad en función de la edad gestacional y del peso (Chi-cuadrado,  $p < 0,05$ , significativa)

**Resultados.** Se analizaron 20 artículos, que, junto con nuestros 3 pacientes, constituyeron 80 casos. La razón niño/niña fue de 2,3. 45% de los neonatos eran prematuros. La media del peso fue de 2.399 g. La manifestación clínica principal fue distensión abdominal. El hallazgo radiológico fue neumoperitoneo (97,5%). El factor de riesgo más frecuente fue prematuridad. Se realizó gastrografía en el 92,8%. La mortalidad general fue del 43,8%. La mortalidad fue mayor en el grupo de prematuros en comparación con el de a término (50% vs. 38,6%,  $p 0,308$ ) y los neonatos con bajo peso tuvieron una mortalidad superior en comparación con los de peso adecuado (48,5% vs. 40,4%,  $p 0,474$ )

**Conclusiones.** La PGN debe tenerse como diagnóstico diferencial en los neonatos con distensión abdominal y neumoperitoneo. La gastrografía primaria es la técnica de elección. Pese a la mayor mortalidad del grupo de prematuros y de neonatos con bajo peso, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo cual puede estar en relación con mayores avances en el tratamiento en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

*Forma de presentación: Oral 3 minutos*

- **Malformaciones asociadas a la atresia/estenosis duodenal congénita.** Chocarro Amatriáin G, Amesty Morello MV, López Fernández S, Ortiz Rodríguez R, Hernández Oliveros F, Martínez Martínez L, Tovar Larrucea JA. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** La atresia/estenosis duodenal es una embriopatía, por lo que se asocia a otras malformaciones. Estudiamos la incidencia de dichas malformaciones y su influencia en el desarrollo ponderal posterior.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo de los casos de A/E duodenal tratados por nosotros entre 1992 y 2012. Se recogieron datos obstétricos, de morbilidad y mortalidad, quirúrgicos y de ganancia ponderal postoperatoria.

**Resultados.** Se incluyeron 48 pacientes (19 varones/29 mujeres). Se distribuyeron en 4 categorías: membrana duodenal (8), atresia (6), páncreas anular (28) y combinación de previas (6). La EG fue de  $36 \pm 2,7$  semanas, el peso natal fue de  $2,39 \pm 0,56$  kg. Las malformaciones asociadas fueron: cardiopatía 40%, trisomía 21 29%, malrotación intestinal 35%, atresia esofágica 10%, divertículo de Meckel 6%. Se analizó la diferencia de frecuencias de estas 5 variables en las 4 categorías según el test de razón de verosimilitudes. Se obtuvieron diferencias significativas para la variable trisomía 21 ( $p 0,044$ ), más frecuente en el grupo de páncreas anular. La mediana de edad de intervención fue 2 días (0-8538). La técnica más frecuente fue la duodenoduodenostomía (33). Otras fueron: resección de membrana duodenal (7), duodenoplastia (3), duodenoyunostomía (1), remodelaje duodenal (1), no reparación (3). Fallecieron 2 pacientes por neumonía (1) y trombosis mesentérica (1). El percentil de peso de los supervivientes, con corrección de prematuridad, en el rango 0-3 meses fue  $34,3 \pm 31,1$  y para 3-6 meses  $26 \pm 27,1$ .

**Conclusiones.** La atresia/estenosis duodenal se acompaña frecuentemente de trisomía 21 y de otras malformaciones. Puede ser tratada con éxito usando varias técnicas.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

- **Cierre intestinal alto en patologías severas intestinales neonatales.** Ruiz Catena MJ, Sánchez Díaz F, Chamorro Juárez R, Pérez Rodríguez J, Argos Rodríguez MD. *Hospital Materno Infantil. Carlos Haya. Málaga.*

**Objetivos.** El objetivo de esta comunicación es valorar el cierre intestinal alto sin derivación, en neonatos que presentaban severa afectación intestinal, describiendo las técnicas quirúrgicas empleadas y el manejo postoperatorio

**Material y Métodos.** Presentamos cuatro pacientes donde realizó cierre intestinal alto, tres de ellos por Enterocolitis necrosante (ECN) con afectación difusa de todo el intestino, el cuarto por dehiscencia de sutura postduodenoduodenostomía y perforación distal a esta.

**Resultados.** En los tres pacientes afectados de ECN masiva se realizó cierre intestinal a nivel yeyunal, cercano al Angulo de Treitz, al cuarto paciente se le realizó cierre duodenal a nivel de segunda-tercera porción. La totalidad de los pacientes precisaron de nutrición parenteral total y drenaje nasogástrico, tras la mejoría clínica y analítica se realizó la reconstrucción del tránsito intestinal.

**Conclusiones.** No existieron complicaciones derivadas de la técnica, ni fue necesaria reintervención en ningún caso, salvo para la reconstrucción definitiva del tránsito intestinal. Esta técnica estaría indicada en aquellos casos de afectación severa de todo el intestino con dudosa viabilidad. Nos permite un tiempo de espera adecuado para la recuperación del mismo sobre todo en casos de NEC. Evitamos ostomías de intestino alto, que complican el postoperatorio y reducen la longitud intestinal. Aunque limitado por el número escaso de pacientes, comprobamos que el cierre intestinal es una opción más, dentro del arsenal terapéutico quirúrgico, en aquellos pacientes que precisarían de técnicas más complejas, como resecciones amplias, múltiples ostomías, etc. que darían lugar a complicaciones posteriores importantes.

*Forma de presentación: Oral 3 minutos*

- **V.05 Himen imperforado de presentación neonatal.** Zambudio Carmona GA, Guirao Piñera MJ, Cabrejos Perotti K, Fernández IM, Reyes Ríos P, Martínez Castaño I, Rojas Ticona J, Ruiz Jiménez JI. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Objetivos.** El aumento del grosor del himen debido a los estrógenos maternos y el pequeño tamaño de los genitales en la recién nacida hacen difícil su exploración en el periodo neonata. La mayoría de hímenes imperforados pasan desapercibidos hasta la pubertad, pero cuando las secreciones mucosas llenan la vagina y ocasionan hidrocolpos la niña presenta tumoración abdominal y masa que protruye por introito con el llanto. Nuestro objetivo es presentar el vídeo de un caso de imperforación himeneal de presentación neonatal.

**Material y Métodos.** Se presenta un vídeo mostrando una recién nacida con masa abdominal protruyendo a través del introito, así como su sección y vaciado quirúrgico posterior.

**Resultados.** El drenaje quirúrgico mediante incisión en cruz y sutura de los bordes resultó eficaz en drenar la cavidad y mantener una adecuada apertura del himen.

**Conclusiones.** En toda recién nacida con masa abdominal baja que protruye por el introito debe sospecharse hidrocolpos por im-

perforación del himen. El tratamiento quirúrgico mediante sección del himen es curativo.

*Forma de presentación: Vídeo 5 minutos*

- **Prevención de infección de herida quirúrgica neonatal: encuesta multicéntrica sobre medidas profilácticas.** Fernández Ibieta M, Girón Vallejo O, Martínez Castaño I, Reyes Ríos P, Cabrejos Perotti K, Rojas Ticona J, Sanchez Morote JM, Aranda García MJ, Trujillo Ascanio A, Ruiz Jiménez JI. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Objetivos.** La infección de herida quirúrgica (IHQ) es una causa frecuente de morbimortalidad en Neonatología. Existen factores de riesgo conocidos: tipo de cirugía (sucia/contaminada/limpia), prematuridad, duración de intervención, hipoalbuminemia, infección previa, ventilación mecánica prolongada, etc. Otros factores perioperatorios no han sido estudiados en neonatos, sí en adultos. Desarrollamos una encuesta sobre las actitudes y las medidas, intraoperatorias y de manejo de herida. Pretendemos dilucidar si existe consenso sobre la profilaxis de IHQ neonatal.

**Material y Métodos.** Encuesta con 22 ítems, basada en la guía de prevención de la IHQ en adultos (Surgical Infection Society, 2008). Cada ítem consta de dos preguntas, según sea cirugía sucia/urgente o limpia/contaminada. Enviamos la encuesta a cirujanos pediátricos españoles mediante correo electrónico.

**Resultados.** Se enviaron 159 encuestas. 51 (32%) respondieron. 69% emplean clorhexidina para preparar campo, 25% usan povidona yodada. Sólo el 51% refirió dejar actuar siempre un minuto el antiséptico. 69% nunca usan bisturí eléctrico en piel para ampliar herida. No hubo respuestas unánimes en cuanto al uso de paños adhesivos protectores del campo, la irrigación de planos con suero o antisépticos durante el cierre, el empleo de drenajes, cambio de guantes y/o material al iniciar el cierre (cirugía sucia). El 72% y el 82% nunca emplean cianocrilato como cierre o apósito en neonatos, respectivamente. En cirugía sucia, 43% suturan piel con intradérmica y 49% con puntos sueltos.

**Conclusiones.** La distribución de respuestas refleja la falta de consenso sobre los aspectos de la técnica quirúrgica que podrían estar relacionados con la profilaxis de IHQ neonatal.

*Forma de presentación: Oral 5 minutos*

## PRESENTACIÓN ORAL DE VÍDEOS SELECCIONADOS

- **V.06 ¡No es un neumotórax!** González Piñera J, Fernández Córdoba MS, Hernández Anselmi E, Marijuán Sahuquillo V. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

**Objetivos.** La bulla pulmonar gigante congénita (BPGC) es una rara anomalía definida como una bulla que ocupa al menos la tercera parte del hemitórax. Presentamos el caso de una BPGC ocupando todo el hemitórax derecho y simulando un neumotórax a tensión.

**Material y Métodos.** Niña de 5 años de edad con fiebre sin foco, sin disnea, cianosis ni tos, en la que la radiología de tórax muestra

un neumotórax derecho a tensión que produce un colapso pulmonar completo, con sorprendente escasa repercusión ventilatoria. Tras la inserción de tubo de toracostomía conectado a presión negativa de 10 cm de H<sub>2</sub>O, se aprecia reexpansión incompleta pulmonar con imágenes aéreas quísticas en lóbulo superior. El TAC muestra varias imágenes bullosas macroquísticas, tabicadas, que producen pérdida de volumen pulmonar, desviación mediastínica y ocupación de casi la totalidad del hemitórax. Se practica toracoscopia objetivando una BPGC que procede del ápex pulmonar, con varias adherencias pleurales. Sección de adherencias con sellador vascular laparoscópico y blebectomía apical con endograpadora.

**Resultados.** El diagnóstico patológico fue de dos BPGC de 12 y 8 centímetros de diámetro asociadas a cambios inflamatorios crónicos. La evolución posterior es satisfactoria, comprobando la reexpansión pulmonar tras retirar el tubo de toracostomía al 4º día de la toracoscopia.

**Conclusiones.** Las BPGC son anomalías muy raras que pueden fácilmente confundirse con un neumotórax, en las que la inserción de un tubo de toracostomía no soluciona el problema. La bullectomía toracoscópica es un tratamiento seguro y eficaz con excelentes resultados.

*Forma de presentación: Vídeo 5 minutos*

- **V.07 Miotomía de Heller robótica.** Marhuenda Irastorza C, Bregante Ucedo J, Hernández Calvarro AE, Barceló Cañellas C. *Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.*

**Objetivos.** Presentar el vídeo de una miotomía de Heller realizada por cirugía robótica en el caso de una paciente con acalasia.

**Material y Métodos.** Paciente de 15 años con disfgia a sólidos de un año de evolución, vómitos y pérdida de peso importante. Se practica tránsito esofagogastroduodenal que muestra retención de contraste en esófago distal con ondas terciarias y reflujo gastroesofágico; endoscopia digestiva que halla dilatación de esófago en tercio distal con retención proximal de contenido e hipertonia ligera del esfínter esofágico inferior (EEI); y estudio funcional que evidencia hipertonia del EEI con relajación incompleta, presión residual postrelajación muy elevada y ausencia total de peristaltismo primario. Todo ello compatible con el diagnóstico de acalasia. Se decide realización de intervención quirúrgica mediante cirugía robótica. Se utilizan 5 trócares. Se realiza disección de la unión gastro-esofágica anterior con separación del vago anterior. Disección del esófago distal en su porción mediastínica. Se practica miotomía completa, con disección roma de la mucosa, de unos 8 cm de longitud sin incidencias y se finaliza con una funduplicatura anterior tipo Dohr.

**Resultados.** El postoperatorio evoluciona favorablemente con inicio de la ingesta a las 24 horas. En el seguimiento posterior ha desaparecido la clínica y han mejorado los estudios radiológicos y endoscópicos.

**Conclusiones.** La cirugía robótica facilita la realización de ciertas técnicas quirúrgicas poco habituales en nuestra especialidad como es el caso de una miotomía de Heller. La visión en 3D ayuda en la disección de las fibras musculares de la mucosa evitando complicaciones importantes como es la perforación de la misma.

*Forma de presentación: Vídeo 5 minutos*

- **V.08 Tratamiento laparoscópico en el mesotelioma quístico benigno (MQB).** Bragagnini Rodríguez P, Estors Sastre B, González Martínez Pardo N, Fernández Atuan R, Delgado Alvira MR, Elías Pollina J. *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Objetivos.** El mesotelioma quístico benigno (MQB) es una lesión infrecuente que se encuentra predominantemente en mujeres jóvenes; en la literatura se describen algunos casos en la infancia y ninguno tratado por vía laparoscópica. Presentamos la resección macroscópicamente completa de un mesotelioma quístico benigno por laparoscopia en un niño.

**Material y Métodos.** Varón de 6 años de edad con dolor abdominal de presentación aguda. Al examen físico abdomen blando depresible doloroso en hemiabdomen inferior, no signos de irritación peritoneal. Analítica: hemograma, pcr, bioquímica y serología para hidatidosis dentro de parámetros de la normalidad. Tanto la ecografía abdominal como la resonancia magnética informan de una masa quística multitabizada de 12 x 9,5 x 3,6 cm en hipogastrio con extensión hacia ambas fosas ilíacas, que impronta la vejiga y desplaza discretamente asas intestinales, sugestiva de linfangioma quístico epiploico. Se realiza por laparoscopia con 3 puertos, exéresis de múltiples quistes, de diversos tamaños con adherencias a la pared anterior abdominal y al peritoneo de los grandes vasos.

**Resultados.** El postoperatorio inmediato cursó sin incidencias, inicio de alimentación y alta precoz. La anatomía patológica informa de quiste de inclusión mesotelial (mesotelioma quístico benigno). No se evidencia recidiva de enfermedad en un seguimiento de 6 meses postoperatorios.

**Conclusiones.** La exéresis por laparoscopia en los mesoteliomas quísticos benignos se presenta como una técnica quirúrgica segura en esta patología poco común, sin embargo, recomendamos un seguimiento postoperatorio cercano de estos pacientes dada la alta tasa de recidiva y la posibilidad aunque baja de malignización.

*Forma de presentación: Vídeo 5 minutos*

- **V.09 Reparación robótica de una hernia de Morgagni.** Barceló Cañellas C, Marhuenda Irastorza C, Bregante Ucedo J. *Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.*

**Objetivos.** Presentar un vídeo de la reparación robótica de una hernia diafragmática anterior destacando sus ventajas frente a la cirugía laparoscópica convencional

**Material y Métodos.** Paciente con síndrome de Down y que, a los 3 años se realiza diagnóstico casual de hernia de Morgagni, sin repercusión respiratoria. Se decide intervención mediante cirugía robótica. Se utilizan 5 trócares. Se observa defecto diafragmático anterior izquierdo. Se reduce el contenido intestinal herniado. Se procede a la disección y resección completa del saco herniario sin incidencias. Posteriormente, se realiza el cierre del defecto diafragmático mediante puntos subcutáneos y que se han introducido atravesando la pared abdominal anterior. El cierre del defecto queda sin tensión

**Resultados.** En la radiografía postoperatoria de control se comprueba ausencia de contenido intestinal en tórax y la correcta posición de ambos diafragmas. Inicia ingesta a las pocas horas y es dado de alta a las 48 horas. El seguimiento posterior mediante radiología no evidencia recidiva ni otras complicaciones.

**Conclusiones.** En este caso, la cirugía robótica facilita la técnica quirúrgica ya que ayuda en la disección del saco herniario evitando complicaciones como es la perforación de la pleura y simplifica el cierre del defecto con los puntos colocados a través de la pared abdominal anterior.

*Forma de presentación: Vídeo 5 minutos*

- **V.10 Reimplante ureteral laparoscópico: abordaje laparoscópico extravesical, transperitoneal con modelaje extracorpóreo para el tratamiento del megauréter obstructivo.** Pérez-Etchepare E<sup>1</sup>, Varlet F<sup>2</sup>, López M<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Sta. Cruz de Tenerife <sup>2</sup>Centre Hospitalier Universitaire de Saint Etienne.

**Objetivos.** Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de Megauréter Obstructivo Primario tratado con reimplante ureteral laparoscópico, con modelaje extracorpóreo del uréter.

**Material y Métodos.** Paciente de 18 meses de edad, con diagnóstico de Megauréter Obstructivo Primario. El uréter fue disecado circunferencialmente en la unión con la vejiga. Se ligó la unión uretero-vesical y se seccionó el uréter a este nivel. El uréter proximal se exteriorizó a través del orificio del puerto ipsilateral de 3 mm. Se realizó modelaje del uréter exteriorizado sobre un catéter doble J. Posteriormente se reintrodujo al abdomen y se realizó un reimplante uretero-vesical extravesical según técnica de Lich-Gregoir.

**Resultados.** El tiempo quirúrgico y la estancia hospitalaria fueron de 180 minutos y 3 días respectivamente. No hubo complicaciones intraoperatorias. Durante el seguimiento de 8 meses, no ha presentado complicaciones.

**Conclusiones.** El reimplante ureteral laparoscópico con modelaje ureteral extracorpóreo en pacientes con MOP obstructivo es un procedimiento seguro y técnicamente simple, con resultados similares a la cirugía abierta.

*Forma de presentación: Vídeo 5 minutos*

- **V.11 Biopsia renal por retroperitoneoscopia ¿Seguridad o agresión innecesaria?** Molina Caballero AY, González Temprano N, Ayuso González L, Pisón Chacón J, Pérez Martínez A. *Sº de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Navarra B. Pamplona.*

**Objetivos.** La retroperitoneoscopia supone un avance cada vez más habitual. En nuestro servicio realizamos desde hace 2 años la técnica de biopsia renal videoasistida por retroperitoneoscopia mediante el uso de instrumentación con un solo puerto que permite precisar el punto de punción, evitar estructuras anatómicas sensibles y confirmar la hemostasia.

**Material y Métodos.** Bajo anestesia general y colocando el paciente en decúbito lateral, se realiza una incisión de 2 cm bajo el borde inferior de la 12ª costilla. Alcanzamos la celda renal, creando un espacio retrorrenal mediante un globo inflado con un volumen de aire variable según la edad del paciente. Con una aguja de punción lumbar elegimos el sitio de la biopsia, que se realiza con aguja automática, bajo visión directa, realizamos la hemostasia mediante presión con pinza, electrocoagulación del punto sangrante y/o aumentando la presión del neumoretroperitoneo.

**Resultados.** En todos nuestros casos hemos conseguido muestras de mayor calidad que las obtenidas con la antigua técnica ecodirigida, según nos han confirmado anatomopatológicamente. Una incisión única y pequeña permite la recuperación postoperatoria precoz y solo hemos sufrido una complicación, la apertura inadvertida del peritoneo en un enfermo.

**Conclusiones.** Los buenos resultados y las biopsias de alto valor diagnóstico obtenidas nos animan a seguir realizando esta técnica que se consolida como una buena vía de abordaje renal, permitiéndonos además desarrollar habilidades retroperitoneoscópicas de cara a ampliar sus aplicaciones futuras. Consideramos que es una opción válida, segura y con un adecuado balance riesgo-beneficio en la edad pediátrica.

*Forma de presentación: Vídeo 5 minutos*

- **V.12 Utilidad de la electroestimulación interna en la intervención de Georgesson laparoscópica para atresia anorrectal.** Fernández Córdoba MS, González Piñera J, Hernández Anselmi E, Marijuán Sahuquillo V, Argumosa Salazar Y. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

**Objetivos.** La anorrectoplastia asistida con laparoscopia para malformaciones anorrectales altas se está popularizando en un intento de ser menos invasivos y obtener mejores resultados funcionales. En este vídeo queremos mostrar la aportación de la electroestimulación muscular interna.

**Material y Métodos.** Varón de 9 meses de edad afecto de atresia anorrectal con fístula a uretra prostática, portador de sigmoidostomía. Realizamos laparoscopia con tres puertos. Tras quedar expuesta la musculatura del suelo pélvico una vez seccionada la fístula, estimulamos el elevador del ano y el complejo muscular con un electroestimulador construido para introducirse por uno de los trócares. Tanto la electroestimulación interna como la transcutánea en periné, marcaron el lugar exacto del descenso. En ese punto se insertó una aguja de Veress, expandiéndose el plano intraesfintérico de forma radial con un trócar autoexpandible hasta 10 mm. El recto se alcanzó y se descendió a medida que se retiraba el trócar, completando la anastomosis recto-anal.

**Resultados.** El postoperatorio cursó sin problemas, siendo dado de alta a las 36 horas. Tras un programa de dilataciones anales, se cerró la sigmoidostomía tres meses y medio después y en la actualidad, con 16 meses de edad, realiza 3-4 deposiciones diarias sin manchado.

**Conclusiones.** La laparoscopia ofrece una perfecta visualización del suelo pélvico y la electroestimulación interna permite el descenso del recto de forma exacta a través del centro del plano intraesfintérico. La disección abdominal y perineal es mínima y la musculatura en lugar de ser seccionada, se distiende radialmente para dejar espacio al recto. La colostomía no ha dificultado el procedimiento.

*Forma de presentación: Vídeo 5 minutos*

## PRESENTACIÓN ORAL DE PÓSTERS SELECCIONADOS

- **P.001 Tratamiento quirúrgico de la coleditiasis en el niño. Experiencia en nuestro centro en los últimos 10 años.** Jiménez Crespo V, Millán López A, Vivas G, Roldan S, De Agustín Asensio JC. *Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** La colelitiasis en el niño ha experimentado un aumento en los últimos años. Existe controversia sobre el tratamiento de la litiasis biliar en los pacientes pediátricos. Nuestro propósito es revisar los casos intervenidos en nuestro centro mediante colecistectomía o colecistotomía y extracción del cálculo en los últimos diez años.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo sobre los casos intervenidos en nuestro centro a causa de litiasis biliar desde enero 2002 hasta septiembre 2012. Se analizan datos demográficos de edad, sexo, edad de presentación de los síntomas, antecedentes relacionados, síntomas al diagnóstico, método diagnóstico, indicación de la cirugía, reintervenciones, estudio anatomopatológico, seguimiento clínico y radiológico.

**Resultados.** Hemos revisado 43 pacientes, 19 niños y 24 niñas. La edad en el momento de la cirugía osciló entre los 6 meses y los 13 años. Media de 8,13, mediana de 9 y rango de 0,5 a 13 años. El síntoma más común fue el dolor abdominal presentado como cólicos de repetición. El método diagnóstico más utilizado fue la ecografía. El método quirúrgico fue la colecistectomía laparoscópica en 41 casos. En 4 casos fue necesaria reintervención por dolor abdominal recurrente. El seguimiento ha oscilado entre 6 y 65 meses. Se ha revisado el peso de los niños, encontrando obesidad en 7 de ellos.

**Conclusiones.** la presencia de litiasis biliar sintomática es indicación de cirugía en el niño. El método de elección es la colecistectomía laparoscópica reservando la colecistotomía con preservación de órgano para casos seleccionados de litiasis única, sin alteraciones anatómicas ni funcionales y sin signos de colecistitis.

*Forma de presentación: Póster presentado*

- **P.002 Embolización arterial como tratamiento del traumatismo abdominal cerrado con hemorragia hepática en pacientes estables.** Pérez Etchepare E, Tirado Pascual M, Portero Navarro J, Velázquez Frago L, Barrientos Fernández G, Gómez Culebras MA, Soriano Benítez de Lugo D, Antón Hernández L. *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Sta. Cruz de Tenerife.*

**Objetivos.** El hígado es el segundo órgano más frecuentemente afectado en el traumatismo abdominal cerrado en niños. El tratamiento de elección en pacientes estables es el manejo no operatorio, siendo la embolización arterial una opción en caso de sangrado hepático activo en pacientes estables. Presentamos la resolución por embolización del sangrado hepático en un paciente politraumatizado estable con lesión hepática sangrante grave.

**Material y Métodos.** Varón de 3 años trasladado a nuestro centro tras ser atropellado por un coche. A su llegada, presentaba politraumatismo con Índice de Trauma Pediátrico (ITP) de 9 y se encontraba hemodinámicamente estable. Se realizó TC con contraste que reveló contusión pulmonar, fractura hepática, hemoperitoneo y cefalohematoma occipital izquierdo. La arteriografía hepática mostró una arteria hepática derecha independiente del tronco celíaco con sangrado activo. Se realizó embolización con 2 coils logrando controlar la hemorragia.

**Resultados.** Tras una primera etapa en la Unidad de Cuidados Intensivos, continuó su recuperación favorable en planta. En una ecografía realizada al mes, se vio hematoma hepático de 45 mm

y mínima cantidad de líquido libre en cavidad abdominal, que se controló de forma ambulatoria hasta su recuperación total.

**Conclusiones.** La embolización arterial hepática es un procedimiento mínimamente invasivo y muy útil en pacientes estables con hemorragia activa tras traumatismo abdominal cerrado. El interés del caso radica en la escasa frecuencia hallada en la revisión bibliográfica del tratamiento descrito.

*Forma de presentación: Póster presentado*

- **P.003 Nueva técnica para el tratamiento de la estenosis anal congénita con sutura automática.** Fonseca R, Gutierrez C, Bordallo M F, Sanchis G, Lluna J, Barrios J, Vila JJ. *Hospital Universitari i Politécnic La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** La estenosis rectal congénita es una entidad poco frecuente que comprende un 1% de las malformaciones anorrectales. Estos pacientes presentan una estenosis a unos centímetros de la línea dentada, pero tienen un canal anal normal lo que puede retrasar el diagnóstico más allá del periodo neonatal. Presentamos una aportación técnica novedosa utilizada en nuestro centro para el tratamiento de estos pacientes.

**Material y Métodos.** Varón de 13 meses que acude a urgencias por ausencia de deposiciones durante una semana. Historia previa de estreñimiento con deposiciones espontáneas. Al tacto rectal se palpa zona estrecha a 2 cm de borde anal que no permite pasar el dedo pero sí una sonda rectal de 14 Fr. En el enema opaco se observa una estenosis rectal de 1cm de longitud y moderada dilatación de sigma con abundantes heces en su interior. Se realiza exploración bajo anestesia general, se observa estenosis membranosa. Se incide parcialmente la membrana para introducir cabezal de sutura mecánica circular de 21mm para resección transanal de la estenosis

**Resultados.** Comienza alimentación y realiza deposiciones el primer día postoperatorio. El seguimiento incluyó dilataciones diarias con tallo de Hegar durante 3 meses. Actualmente el paciente canal anal normal al tacto rectal y continúa en control en consultas externas.

**Conclusiones.** Consideramos la técnica sencilla y efectiva, con una evolución postoperatoria satisfactoria. Estos pacientes precisan seguimiento postoperatorio ya que la gran mayoría presenta estreñimiento asociado a su patología. La resección con sutura mecánica es una técnica no reportada para el tratamiento de este tipo de malformaciones.

*Forma de presentación: Póster presentado*

- **P.015 Ansiedad y dolor en Cirugía Mayor Ambulatoria pediátrica.** Martínez Castaño I<sup>1</sup>, Fernández Ibieta M<sup>1</sup>, Carrillo Ruipérez E<sup>2</sup>, Sánchez-Jauregui Martínez E<sup>2</sup>, Cabrejos Perotti K<sup>1</sup>, Reyes Ríos P<sup>1</sup>, Rojas Ticona J<sup>1</sup>, Bueno Ruiz F<sup>1</sup>, Ruiz Jiménez JI<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>2</sup>Hospital de Molina.

**Objetivos.** Medir y analizar niveles de ansiedad preoperatoria y dolor postoperatorio en pacientes pediátricos intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

**Material y Métodos.** Estudio prospectivo observacional. Se aplica la Escala de Ansiedad Preoperatoria YALE-modificada en

el preoperatorio y la escala LLANTO para el dolor postoperatorio durante 2 meses en CMA. Análisis estadístico correspondiente.

**Resultados.** Se analizaron 78 pacientes, el 61% presentó niveles de ansiedad (A+). El 87% presentó dolor leve (DL), 10% moderado (DM) y 3% intenso (DI). El 14% A+ presentó DM frente al 10% sin ansiedad (A-) ( $p=0,7$ ).

Respecto a las herniorrafias inguinales el 60% fueron A+ y 20% DM. Las herniorrafias epigástricas 40% A+ y 20% DM y las umbilicales 40% A+ y 100% DL. 82% de los circuncidados fue A+ y 14% dolor moderado-intenso. La exéresis de lesiones cutáneas fue 67% A+ y 100% DL. El 50% de las plastias dorsales del prepucio fue A+ y 100% DL. Las intervenciones múltiples fueron 60% A+ y 30% DM. La intervención más dolorosa fue una herniorrafia inguinal bilateral con liberación de adherencias balanoprepuciales.

**Conclusiones.** En el preoperatorio CMA se presentaron niveles de ansiedad en más de la mitad de los pacientes, siendo más frecuente en niños. La circuncisión es la intervención más generadora de ansiedad y las intervenciones múltiples las valoradas como más dolorosas. No hay diferencias significativas respecto a los niveles de ansiedad y dolor postoperatorio en nuestra serie.

*Forma de presentación: Póster presentado*

- **P.016 Papel de la dilatación neumática en la estenosis de coanas.** Solaeche Prieto N, Solórzano Rodríguez E, Prado Fernández C, Blanco Bruned JL, Ruiz Aja E, Azpeitia Palomo A, Medrano Méndez L, Galbarriatu Gutiérrez A, Álvarez Martínez L. *Hospital de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.*

**Objetivos.** La estenosis de coanas es un estrechamiento congénito de la vía aérea nasal en la coana posterior. Aunque es poco frecuente, requiere atención en el recién nacido en función de su grado de severidad, dadas las implicaciones respiratorias y la dificultad para la alimentación que presenta la mayoría de ellos. Puede ser de etiología espontánea o como secuela de una cirugía por atresia de coanas. Se han analizado los resultados de los pacientes tratados en nuestro Servicio durante los últimos 15 años.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo de 8 pacientes aquejados de estenosis de coanas bilateral, tratados entre 1997-2012, con dilataciones neumáticas seriadas. Presentamos el protocolo diagnóstico-terapéutico, la descripción de la técnica y los resultados obtenidos.

**Resultados.** la edad de tratamiento se sitúa en los primeros meses de vida. En seis de los pacientes el resultado fue satisfactorio; en otro resultaron infructuosas, requiriendo técnicas quirúrgicas más agresivas. En el último de la serie, la inserción de tubos nasales resultó suficiente. Entre las complicaciones cabe destacar un caso de fístula palatina por decúbito de tubo endotraqueal, así como la necesidad de repetir la serie de dilataciones por leve empeoramiento clínico en dos casos. La evolución clínica ha sido satisfactoria en todos ellos.

**Conclusiones.** La necesidad de una actuación temprana que garantice la respiración y facilite la alimentación del recién nacido, así como la escasa incidencia de esta patología, obligan a disponer de un protocolo de diagnóstico y tratamiento estandarizado. Proponemos este protocolo por su sencillez, escasas complicaciones y buenos resultados.

*Forma de presentación: Póster presentado*

- **P.017 Quistes mesentéricos: ¿qué son en realidad?** Fernández Ibieta M, Rojas Ticona J, Martínez Castaño I, Reyes Ríos P, Cabrejos Perotti K, Girón Vallejo O, Méndez Aguirre NA, Sánchez Morote JM, Aranda García MJ, Nortes L, Ruiz Jiménez JI. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Objetivos.** Los quistes mesentéricos son estructuras quísticas, integradas en el tejido del mesenterio o del epiplon, habitualmente de origen linfático en niños, a diferencia de los adultos, cuyo origen es mesotelial. Hemos revisado los casos de quiste mesentérico no enterógeno.

**Material y Métodos.** Revisión de historias clínicas y biopsias de los casos de quistes mesentéricos en un periodo de diez años (2002-2012).

**Resultados.** Encontramos 6 pacientes, con edad media de 5,3 años (rango 3-11). El diagnóstico fue ecográfico en todos. La clínica fue aguda (< 72 horas) en el 50%, subaguda (3 meses) en uno de ellos (16%) y crónica (> 6 meses) en 2 (33,3%). Todos presentaron dolor abdominal y 5 (83%) vómitos, la mitad distensión abdominal, el 33% fiebre, y ninguno presentó obstrucción abdominal. Se intervino en las primeras 24 horas del diagnóstico al 50%, el resto una media de 2,3 días después. El quiste fue pediculado en la mitad, en el resto fue de morfología sésil, (por ello requirió resección y anastomosis). El tamaño medio fue de 9,4 x 7,6 cm. La histología de todos ellos reveló epitelio laminar, áreas con músculo liso y tejido linfóide compatible con malformación linfática/linfangioma. La evolución fue favorable en todos, sin complicaciones ni recurrencias.

**Conclusiones.** Los quistes mesentéricos en niños son en su mayoría malformaciones linfáticas ("linfangiomas" en su terminología clásica) del mesenterio o del epiplon, que pueden tener una clínica larvada o debutar con una torsión del quiste de forma abrupta. En ciertos casos, están integrados en el mesenterio y requieren resección del asa y anastomosis.

*Forma de presentación: Póster presentado*

- **P.018 Esplenosis en pti: cirugía radioguiada.** Simal Badiola I<sup>1</sup>, Cerdá Berrocal JA<sup>1</sup>, Marí Hualde A<sup>2</sup>, Bittini Copano Á<sup>2</sup>, Tardáguila Calvo AR<sup>1</sup>, Zornoza Moreno M<sup>1</sup>, Rojo Díez R<sup>1</sup>, Pérez Egado L<sup>1</sup>, Corona Bellotas C<sup>1</sup>, Molina Hernando E<sup>1</sup>, García-Casillas Sánchez M<sup>3</sup>A<sup>1</sup>, Peláez Mata D<sup>1</sup>, Fanjul Gómez M<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. <sup>2</sup>Servicio Medicina Nuclear. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** La esplenosis es un hallazgo tras la ruptura traumática del bazo o su exéresis terapéutica. Se define como el autotrasplante heterotópico de tejido esplénico. Cuando se realiza esplenectomía por enfermedad hematológica, puede ser causa de recidiva.

**Material y Métodos.** Presentamos el caso de un niño esplenectomizado vía laparoscópica a los 8 años de edad por púrpura trombocitopénica idiopática refractaria a tratamiento médico. 7 años después recidiva. Se realizan ecografía y RM, donde se observan varios nódulos en flanco izquierdo, compatibles con bazos accesorios. Se amplía el estudio con una gammagrafía con hematíes marcados con Tc<sup>99m</sup>. Se comprueba captación patológica agrupada en un mínimo de 5 acúmulos en hemiabdomen izquierdo. Se decide cirugía radioguiada.

**Resultados.** Previo marcaje de hematíes, se realiza laparotomía exploradora y exéresis de un total de 33 nódulos esplénicos localizados con sonda gamma, de entre 2 y 40 mm de diámetro. Se objetivó una siembra peritoneal de tejido ectópico esplénico tanto en peritoneo parietal como visceral.

**Conclusiones.** - La esplenosis en pacientes hematológicos esplenectomizados puede ser causa de recidiva, por lo que resulta de gran importancia prevenir la siembra peritoneal durante la esplenectomía. - Dada la variable localización, número de focos y su potencial dificultad de acceso, consideramos de gran utilidad el marcaje con Tc99m de hematíes desnaturalizados que serán destruidos en los bazo accesorios y su posterior localización en una cirugía radioguiada con sonda gamma de detección intraoperatoria. - Creemos que es una herramienta adecuada para lograr la localización de los bazo accesorios pequeños diseminados y el control de la enfermedad.

*Forma de presentación: Póster presentado*

- **P.019 Torsión ovárica: ooforectomía versus detorsión.** Saura García L, Julià Masip V, Tarrado Castellarnau X, Muñoz Fernández E, García Aparicio L, Ribó Cruz JM. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

**Objetivos.** La torsión ovárica es una entidad poco frecuente. El tratamiento más habitual es la ooforectomía. El objetivo de este estudio es presentar nuestra experiencia en esta patología y plantear un manejo más conservador.

**Material y Métodos.** Desde enero del 2006 hemos revisado 46 casos de torsión de ovario. De los cuales, 8 fueron pacientes de diagnóstico prenatal, 6 asociados a hernias inguinales con ovario incluido torsionado en lactantes y 32 casos de abdomen agudo entre los 3 y los 17 años de edad. En todos los casos, exceptuando el debut clínico con hernia inguinal, se ha realizado alguna prueba de imagen (ecografía, tomografía y/o resonancia).

**Resultados.** En los 8 casos de diagnóstico prenatal se realizaron 3 ooforectomías mediante laparotomía y 4 ooforectomías y 1 ooforosalinguectomía laparoscópicas. En los 6 casos que debutaron con clínica de hernia incarcerada se realizaron 4 detorsiones con preservación ovárica, 1 ooforectomía y 1 ooforosalinguectomía. En los 32 casos de abdomen agudo se realizaron: 12 laparotomías (10 ooforectomías y 2 ooforosalinguectomías) y 20 laparoscopias (1 ooforectomía y 8 ooforosalinguectomías, 5 detorsiones y 6 detorsiones con ooforopexia). El seguimiento en las pacientes manejadas con tratamiento conservador ha sido mediante estudio ecográfico.

**Conclusiones.** El abordaje laparoscópico es de elección y ha influido en el cambio del manejo de la patología ovárica a cualquier edad. Abogamos por el tratamiento conservador y compartimos con otros autores el anteponer la preservación ovárica a la ooforectomía. Así como se ha de valorar la ooforopexia en los ovarios detorsionados.

*Forma de presentación: Póster presentado*

- **P.020 Manejo laparoscópico del varicocele pediátrico. Nuestra experiencia.** Hernández Calvarro AE, Bregante Ucedo JI, Navascués Del Río JA, Marhuenda Irastorza C. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.*

**Objetivos.** Presentar nuestra experiencia en el tratamiento laparoscópico del varicocele pediátrico.

**Material y Métodos.** Revisión retrospectiva de las historias de los pacientes intervenidos en nuestro centro desde Enero 2004 hasta Diciembre 2012. En todos los pacientes se realizó técnica de Palomo laparoscópica mediante 3 trócares de 5mm y ligadura de los vasos con endo-clips o sistema de coagulación bipolar. El seguimiento fue inicialmente clínico con evaluación radiológica en el caso de presentación de complicaciones.

**Resultados.** Durante este período se intervinieron 42 pacientes. La edad media fue de 13,11 años (rango, 9,9-16,3). Todos los pacientes presentaban varicocele izquierdo salvo un paciente con situs inversus en el que el varicocele era derecho y en el que se realizó apendicectomía asociada. La estancia media hospitalaria fue de 1,23 días. Tras un tiempo de seguimiento medio de 58,19 meses (rango, 3-107) se objetivaron 4 recidivas (9,5%) que se trataron exitosamente mediante nueva ligadura laparoscópica. Sólo se constató un caso de hidrocele reactivo que requiriera tratamiento quirúrgico (2,38%) y ningún caso de atrofia testicular.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia el tratamiento laparoscópico del varicocele es un procedimiento eficaz con una tasa de recurrencia similar al publicado en la literatura.

*Forma de presentación: Póster presentado*

- **P.086 Formas seudotumorales de tuberculosis pulmonar infantil.** Espinoza Vega ML, Alonso Calderón JL, Luis Huertas A L, Rico Espiñeira C, Souto Romero H, Rodríguez de Alarcón García J, Ramírez Piqueras M, Arteaga García R, Díaz Gómez L, Riñón Pastor C, Espinosa Góngora R, Ollero Caprani JM. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

**Objetivos.** La tuberculosis pulmonar es una enfermedad creciente en nuestro medio, de difícil y confuso diagnóstico en los pacientes con escasa presentación clínica sistémica (formas paucisintomáticas) y formas seudotumorales. El objetivo de nuestro trabajo es reconocer la necesidad de un buen diagnóstico diferencial de las masas pulmonares pediátricas.

**Material y Métodos.** Revisamos las historias clínicas de un paciente varón de 1 año y una mujer de 7 años, con tumoraciones pulmonares. Incidimos en las características epidemiológicas, clínicas, y de las pruebas diagnósticas practicadas, así como en los resultados de los tratamientos aplicados.

**Resultados.** En un caso el diagnóstico preoperatorio fue Malformación Adenomatosa Quística (TC) y en el otro: hamartoma (biopsia endobronquial). En los dos pacientes se confirmó el diagnóstico anatomopatológico definitivo de tuberculosis pulmonar, tras la resección (toma de biopsias) mediante toracotomía. En ambos casos, se consiguió la curación tras la aplicación del tratamiento antituberculostático específico.

**Conclusiones.** 1. Dado el incremento en la incidencia de la tuberculosis en nuestro medio, la tuberculosis pulmonar debe ser una de las patologías a descartar en el diagnóstico diferencial de las masas pulmonares de presentación atípica en la población pediátrica. 2. Las formas seudotumorales de la tuberculosis pulmonar en la infancia conllevan frecuentemente a tratamiento quirúrgico, innecesario para este proceso.

*Forma de presentación: Póster presentado*

- **P.097 Blastoma pleuropulmonar. Experiencia de veinte años.** Chocarro Amatriáin G, Amesty Morello MV, Martínez Martínez L, Sánchez Galán A, Sastre Urguelles A, García-Miguel P, Tovar Larrucea JA. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** El blastoma pleuropulmonar es un tumor pediátrico de baja prevalencia. Resumimos la experiencia de nuestro centro de referencia.

**Material y Métodos.** Revisamos los blastomas pleuropulmonares tratados en nuestro hospital entre 1992 y 2012. Se obtuvieron datos sobre sintomatología, localización y estadiaje. Los pacientes se trataron con quimioterapia de acuerdo al protocolo SIOP vigente. Las variables resultado fueron la tasa de supervivencia y la morbilidad.

**Resultados.** Se incluyeron 3 pacientes (1 varón, 2 mujeres). La media de edad al diagnóstico fue  $2,9 \pm 0,3$  años. Todos se presentaron como neumonía refractaria a antibiótico. Se localizaron en lóbulo inferior izquierdo en 2 casos y lóbulo superior derecho en 1 caso. Radiológicamente fueron masas heterogéneas con áreas quísticas. En 2 pacientes se objetivaron calcificaciones. Todos los casos se biopsiaron (2 *thru-cut*/1 toracotomía). El examen AP mostró áreas densamente celulares de aspecto embrionario con células redondeadas de núcleos hiperromáticos sugestivas de sarcoma. Se trataron con quimioterapia pre y postoperatoria (Ifosfamida, Vincristina, Adriamicina, Doxorubicina). La cirugía fue radical en 2 casos, en 1 caso la infiltración tumoral obligó a resección parcial. Dicho paciente presentó metástasis cerebrales que recidivaron tras resección y radioterapia así como metástasis pulmonares, que se trataron con Topotecán, Carboplatino y Ciclofosfamida. Falleció a los 17 meses del diagnóstico. Los otros casos se encuentran en remisión con una media de seguimiento de 307 días. La tasa de supervivencia fue de 66,6%.

**Conclusiones.** El blastomapleuropulmonar puede confundirse con otras neumopatías quísticas, requiere cirugía radical y puede curarse con tratamiento adecuado.

*Forma de presentación: Póster presentado*

- **P.098 Nefroblastoma asociado al síndrome de Beckwith Wiedemann. Cirugía conservadora de parénquima renal.** Guibelalde M<sup>1</sup>, Marhuenda C<sup>1</sup>, Hernández AE<sup>1</sup>, Salinas JA<sup>1</sup>, Amador E<sup>1</sup>, Acha T<sup>2</sup>, Hernández I<sup>1</sup>, Barceló C<sup>1</sup>. <sup>1</sup>*Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.* <sup>2</sup>*Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga.*

**Objetivos.** Presentación de nefroblastoma asociado al síndrome de Beckwith Wiedemann (SBW). Revisión de las guías de seguimiento y de actuación en casos de tumor bilateral

**Material y Métodos.** Paciente con síndrome de Beckwith Wiedemann con nefroblastoma bilateral. Revisión de los datos del grupo Europeo de Nefroblastoma. Revisión de los datos del grupo Español de Nefroblastoma

**Resultados.** En el grupo Español de Nefroblastoma de 325 casos registrados desde el año 2002 hay 2 pacientes con SWB, ambos con tumor bilateral. La paciente fue diagnosticada de tumor bilateral a la edad de 2 años y 10 meses por presentar masa renal izquierda y dos nódulos renales derechos. Recibió tratamiento quimioterápico (QT) con actinomicina y vincristina (ACT+ VCR) durante 4 meses con el que se redujo la masa izquierda y desaparecieron los nódulos derechos. Se decidió entonces cirugía conservadora con heminefrectomía inferior

izquierda. El resultado postcirugía de la AP demostró necrosis y clasificación como estadio I. Durante la QT posterior (ACT+ VCR), a los 10 meses de tratamiento, presenta en el resto renal izquierdo recaída de la lesión en tercio inferior del que se realiza resección tumoral.

**Conclusiones.** - El programa de seguimiento de niños diagnosticados de SBW menores de 2 años no debería ser superior a 4 meses para detectar la aparición de nefroblastoma. - En ausencia de otros factores de riesgo (anaplasia o positividad de ganglios) hay que individualizar la opción y los criterios de cirugía conservadora de parénquima renal. - El riesgo de recaída o de segundo tumor metacrónico exige un seguimiento estrecho de estos pacientes

*Forma de presentación: Póster presentado*

- **P.099 Revisión del tratamiento quirúrgico de anomalías vasculares labiales en la infancia.** Rojo Díez R, Berenguer Fröhner B, Marín Molina C, Zornoza Moreno M, Tardáguila Calvo AR, De Tomás y Palacios E. *Hospital Materno-Infantil. Hospital GU Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** Las anomalías vasculares (AV) afectan a los labios, con implicaciones funcionales, estéticas y psicológicas. Analizamos nuestra serie de AV labiales operadas, características y resultados.

**Material y Métodos.** Estudio observacional retrospectivo de pacientes operados consecutivos entre 2007-2012, excluyendo aquellos con historial médico o archivo fotográfico incompleto. Se estudia la distribución de AV, tamaño, indicación quirúrgica, tipo y número de operaciones. Dos evaluadores independientes valoraron los resultados utilizando una escala de 5 puntos (5= excelente-1= malo)

**Resultados.** Se incluyeron 50 pacientes (32 mujeres:18 varones) con edad media de 8 años. Las AV se distribuyen en hemangioma (n= 38,76%), malformación venosa (n=6,12%), linfática (n= 3,6%), capilar (n= 2,4%) y arteriovenosa (n= 1,2%). Se localizan en labio superior (23), inferior (24), ambos (3), extensión a otras áreas anatómicas (7). El tamaño osciló entre 0,5-8 cm de diámetro mayor. Las indicaciones quirúrgicas en hemangiomas fueron: ulceración o secuelas; en malformaciones vasculares (MV): crecimiento rápido, hemorragia o alteración morfológica. La edad media en la primera operación fue 6 años con 1,2 cirugías de media. Las operaciones consistieron en cirugías correctoras estéticas personalizadas, sin extirpaciones radicales. Los resultados fueron evaluados como muy buenos (4-5) en 48 (96%). No se observaron complicaciones quirúrgicas, pero persisten 10/12 MV.

**Conclusiones.** Las AV afectan por igual al labio superior e inferior y son focales o difusas. Las más frecuentes son los hemangiomas. La principal indicación quirúrgica es la alteración estética y muchos se operan antes de la escolarización. La recidiva es el principal problema en ML. Con una intervención personalizada se obtienen buenos resultados, con escasa morbilidad.

*Forma de presentación: Póster presentado*

- **P.100 Utilidad de la ecografía en la colocación de reservorios intravenosos en neonatos y lactantes.** Girón-Vallejo O, Martínez-Castaño I, Fernández-Ibieta M, Roqués-Escolar V, Colomer B, Rojas-Ticona J, Reyes-Rios P, Cabrejos-Peroti K, Bueno-Ruiz JF, Ruiz-Jiménez JI, Benítez-Sánchez MC. *Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca. Murcia.*

**Objetivos.** La colocación de reservorios intravenosos (RIV) en recién nacidos y lactantes, es un reto debido al reducido tamaño de las estructuras vasculares. Describimos nuestra técnica y analizamos indicaciones, tiempos quirúrgicos y complicaciones, comparando grupos de edad, peso y tipo de RIV.

**Material y Métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo de RIV colocados entre 2010 y 2013. Registramos edad, peso, enfermedad, tipo de RIV, diámetro del catéter, tiempo quirúrgico, nº intentos de punción, vía de acceso y complicaciones. Las punciones se realizan, en plano, mediante técnica de Seldinger controlada por ecografía con sonda

**Resultados.** Analizamos 19 pacientes con edad media de 268 días  $\pm$  190 (21-530). 4 eran neonatos y 15 lactantes. El peso medio fue 7,33 kg  $\pm$  3,08 (2,1-12,5). El peso medio de los neonatos fue 3,6 kg  $\pm$  0,98 (2,4-4,8) y el de los lactantes, 8,32 kg  $\pm$  2,64 (2,1-12,5).

Se colocaron 19 port-a-cath (PAC) y 4 Hickman (HN). El diámetro varió entre 4.5 y 6 Fr. El tiempo quirúrgico medio de los PAC fue de 57,5 minutos  $\pm$  10,6 (40-79) frente a los HN, 58,5 minutos  $\pm$  8,70 (p=0,87). En neonatos, el tiempo quirúrgico medio de los PAC fue 72,50 minutos  $\pm$  9,19 frente a los 55,56 minutos  $\pm$  9,73 en lactantes (p=0,033). En el 78,94% de los lactantes se logró canalizar en el primer intento frente al 50% en los neonatos (p=0,270).

**Conclusiones.** La colocación de RIV mediante punción ecoguiada en neonatos y lactantes es una técnica reproducible, segura, con un tiempo quirúrgico aceptable y en la mayoría con un solo intento de punción.

*Forma de presentación: Póster presentado*

- **P.101 Complicaciones de la retirada de dispositivos intravasculares: ¿un procedimiento sin riesgo?** Gander R, Guillén G, Molino José A, Laín A, Lloret J. *Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.*

**Objetivos.** Existen pocos datos en la literatura sobre las complicaciones relacionadas con la retirada de dispositivos intravasculares permanentes en edad pediátrica y no existe consenso sobre el tratamiento más adecuado ante un catéter retenido. A pesar de su baja incidencia, las complicaciones se asocian a una mortalidad elevada.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo unicéntrico de las retiradas de dispositivos intravasculares permanentes practicadas entre febrero 2008 y diciembre 2012. Se registraron las complicaciones y características del paciente: enfermedad de base, indicación de inserción y retirada, método de colocación, acceso venoso y tiempo de permanencia.

**Resultados.** Se retiraron 245 dispositivos. Características: patología de base neoplásica (78,4%), quimioterapia como indicación de colocación (84,1%), colocación mediante punción (82,4%), acceso por vena subclavia (62%), remisión completa como motivo de retirada (80%) y media de permanencia 24,33 meses (DT:16,7). Se produjeron complicaciones en 15 (6,1%): 8 extracciones dificultosas, 6 catéteres retenidos y 1 migración. Todos los catéteres retenidos o migrados se extrajeron mediante radiología intervencionista con éxito y sin complicaciones, excepto un catéter endotelizado que no se logró extraer y actualmente hace seguimiento. La única variable estadísticamente significativa en relación a las complicaciones fue tiempo de permanencia superior a 24 meses (p<0,05).

**Conclusiones.** La retirada de dispositivos intravasculares debe ser precoz. Presenta escasas complicaciones, aunque el riesgo de embolismo intraoperatorio o tardío por catéter retenido no es desdéniable. Ante dificultades, su retirada mediante técnica endovascular es eficaz y poco invasiva, resolviendo el embolismo agudo por migración de catéter y el diferido por la evolución incierta de un cuerpo extraño intravascular.

*Forma de presentación: Póster presentado*

- **P.113 Vólvulo de sigma en paciente con estreñimiento crónico.** Martínez Criado Y, Cabrera García R, Moya Jiménez MJ, Valladares Mendía JC, López Alonso M, De Agustín Asensio JC. *Hospitales Universitarios Virgen del Rocío-Virgen Macarena. Sevilla.*

**Objetivos.** El vólvulo de sigma es excepcional en la edad pediátrica, siendo generalmente secundario a la existencia de un megacolon. La displasia neuronal intestinal tipo B es una alteración neural del plexo submucoso intestinal, que suele producir estreñimiento crónico, ocasionando dilatación intestinal de la zona afecta. Presentamos un caso en el que la volvulación del sigma secundaria a displasia neuronal intestinal.

**Material y Métodos.** Niño de 13 años, que acudió a urgencias por gran distensión abdominal, dolor y ausencia de deposición. Como antecedentes personales, refería estreñimiento crónico sin filiar. Exploración física: abdomen blando, distendido y timpánico, sin signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: ampolla rectal vacía. Radiografía de abdomen: asas muy distendidas. TAC: inversión de los vasos en el mesosigma.

**Resultados.** Tras intentar manejo conservador sin mejoría, se realizó laparotomía urgente, encontrando un sigma volvulado redundante y dilatado, sin signos de isquemia. Colon muy dilatación. Se resecó el sigma con anastomosis terminoterminal. La anatomía patológica reveló la existencia de una displasia neuronal intestinal tipo B. Postoperatorio sin incidencias, en el seguimiento se constató resolución del estreñimiento y de la distensión abdominal.

**Conclusiones.** La displasia neuronal intestinal tipo B suele ocasionar estreñimiento crónico y episodios de pseudobstrucción intestinal crónicos, cuyo manejo terapéutico inicial es conservador. Su asociación con un vólvulo de sigma es excepcional, requiriendo de una actuación quirúrgica urgente. La resección de la zona volvulada y dilatada permitirá la mejoría e incluso resolución de la sintomatología inicial. El estudio anatomopatológico nos confirmará el diagnóstico al objetivar la presencia de ganglios gigantes.

*Forma de presentación: Póster presentado*

- **P.114 Indicación de la orquidopexia en pacientes con testes únicos.** Gallego Mellado N, Albertos Mira-Marcelí N, Deltell Colomer P, Licerias Licerias E, Mira Navarro J, Sánchez Paris Ó, Encinas Goenechea A, Martín Hortigüela ME, González López F, Navarro de la Calzada C, González Piñera J. *Hospital General Universitario de Alicante.*

**Objetivos.** Diversas patologías congénitas o adquiridas pueden dejar a un paciente con un solo teste. Ante las torsiones intravaginales

se recomienda orquidopexia del teste contralateral, ya que el riesgo de torsión es de hasta el 30%. En el resto de los casos de monorquia no existe consenso. El objetivo de nuestro trabajo es estudiar las posibles incidencias del testículo único en pacientes con monorquia por distintas causas para aclarar la necesidad de la orquidopexia

**Material y Métodos.** Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes intervenidos en nuestro hospital desde 2001 a 2012 con el diagnóstico de torsión testicular en un grupo y en otro, de anorquia unilateral. Se ha contactado telefónicamente con todos los pacientes.

**Resultados.** En los casos de torsión testicular (72 pacientes) se realizó orquidopexia contralateral en 42 (58,3%) casos. No hemos encontrado torsiones contralaterales asincrónicas en la muestra, ni tampoco morbilidad en los testes debida a la fijación del mismo. En el grupo de pacientes con anorquia unilateral (36 pacientes), 34 casos fueron debido a atrofia testicular congénita (agenesia o teste "evanescente") y 2 pacientes consecutivas a intervenciones previas (por una criptorquidia y una hernia inguinal). A ninguno de estos pacientes se les realizó orquidopexia contralateral. Ninguno ha presentado morbilidad del teste único.

**Conclusiones.** En nuestro estudio no hemos encontrado evidencia científica para recomendar la orquidopexia contralateral en los casos de monorquia por causa distinta de la torsión intravaginal, aunque tampoco hemos tenido morbilidad derivada de esta fijación.

*Forma de presentación: Póster presentado*

- **P.115 Tratamiento no quirúrgico de la fimosis, ¿es realmente eficaz el corticoide tópico por sí solo?** García González M, Rodríguez Ruiz M, Vela Nieto D, Cid Silva P, Marco Martín C, Dargallo Carbonell T, Caramés Bouzán J, Somoza Argibay I, Gómez Tellado M, Pais Piñeiro E. *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

**Objetivos.** Evaluar la eficacia del tratamiento corticoideo tópico frente al antibiótico y a la vaselina asociado a retracciones prepuciales en pacientes afectados de fimosis. Valorar cuales son los factores determinantes del éxito del tratamiento.

**Material y Métodos.** Estudio prospectivo, controlado, aleatorizado, simple ciego. Analizamos resultados en un total de 111 niños con fimosis según la clasificación de Kayaba, asignados aleatoriamente a uno de los tres grupos de tratamiento, recibiendo instrucciones para la fisioterapia prepucial y la aplicación del mismo.

**Resultados.** Del total de pacientes que cumplen criterios de inclusión completan tratamiento y seguimiento 99. En la segunda consulta 20 fueron incluidos en lista de espera quirúrgica, y 64 fueron altas por resolución total de la patología. Entre las altas se constato la mejoría en las primeras semanas, siendo la tasa de éxito más elevada en pacientes tratados con corticoides tópicos (89%), seguida de antibiótico tópico (58%) y Vaselina (51%). Entre las altas de pacientes tratados con vaselina 5 de ellos presentaban una fimosis inicial severa.

**Conclusiones.** Es fundamental para conseguir las mayores tasa de éxito del tratamiento tópico educar a los padres en la necesidad de ser rigurosos tanto en la aplicación de la pomada como en las retracciones prepuciales. El desarrollo de protocolos que aumenten la adhesión al tratamiento nos ha permitido una alta tasa de curación

de pacientes derivados a nuestra consulta para tratamiento quirúrgico. En nuestra serie de casos y acorde a la bibliografía publicada el tratamiento corticoideo es más eficaz en la resolución de la fimosis siempre asociado a la fisioterapia prepucial.

*Forma de presentación: Póster presentado*

- **P.116 Estenosis de uretra bulbar en adolescente ciclista.** Estors B<sup>1</sup>, Delgado R<sup>1</sup>, Martínez R<sup>2</sup>, Rihuete Má<sup>1</sup>, Gracia J<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio Urología Pediátrica, <sup>2</sup>Servicio Urología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** Presentamos un caso de estenosis de uretra anterior secundaria al microtraumatismo repetido por montar en bicicleta. Es una causa poco común en la edad pediátrica, siendo la etiología habitual de estas estenosis la compresión o el aplastamiento de la uretra bulbar contra el borde inferior del pubis, secundario a una caída a horcajadas.

**Material y Métodos.** Niño de 14 años de edad aficionado a la bicicleta de montaña que consultó por presentar hematuria terminal. Se realizó estudio nefrológico y ecografías renal y vesical que fueron normales. Posteriormente se realizó cistoscopia objetivando uretritis previa al veru montanum (zona esfacelada y sangrante, con pequeñas ampollas y un pequeño pólipo con biopsia normal). Se le recomendó el abandono de la bicicleta. Por el contrario, el paciente no siguió la recomendación y consultó nuevamente a los 18 meses por chorro miccional fino que se confirmó mediante flujometría ambulatoria. Seguidamente se solicitó una CUMS en la cual se evidenció un segmento estenótico de 12,6 mm de longitud a nivel de la uretra bulbar.

**Resultados.** Se realizó uretroplastia mediante abordaje perineal e injerto de mucosa oral. La CUMS a los 15 días demostró un trayecto fistuloso que se cerró espontáneamente. En la CUMS realizada a los 45 días de la intervención se objetiva una uretra bulbomembranosa de paredes discretamente irregulares de buen calibre.

**Conclusiones.** La práctica de ciclismo va asociada al microtraumatismo crónico de la uretra bulbar pudiendo causar estenosis tanto en niños como en adultos. La uretroplastia de Barbagli es una técnica efectiva para su reparación.

*Forma de presentación: Póster presentado*

- **P.128 Utilidad de la flujometría en el seguimiento del paciente operado de hipospadias.** López-Fernández S, Ortiz R, Lobato R, Hernández-Martin S, De la Torre CA, Martínez Urrutia MJ, López Pereira P, Jaureguizar E. *Servicio de Urología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Valorar de forma objetiva la reconstrucción uretral en pacientes intervenidos de hipospadias.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes con hipospadias intervenidos en nuestro centro entre los años 2000 y 2010 y análisis de los resultados de las flujometrías realizadas durante su seguimiento. La primera flujometría se realizó al ser capaz el paciente de controlar la micción. Se intervinieron 304 pacientes, y de ellos en 159 se obtuvieron al menos 2 flujometrías válidas durante el seguimiento postoperatorio. El tiempo medio de seguimiento de estos pacientes fue de  $4,3 \pm 2,7$  años.

**Resultados.** Treinta y cuatro pacientes mostraron valores de flujo máximo y pico de flujo por debajo de -2DS según los nomogramas de Siroky ajustados por edad, de los cuales el 14,7% mejoró en las sucesivas flujometría, el 47% de ellos permanecen en seguimiento y el 38,2% fueron intervenidos tras mostrar persistencia de ambos valores alterados y morfología en meseta característica en sucesivas flujometría. Los hipospadias proximales mostraron mayor frecuencia de alteración de ambos parámetros flujométricos (60,8%) frente a los distales (14,7%) ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** La flujometría es una herramienta útil en el seguimiento postoperatorio de pacientes con hipospadias. Los hipospadias proximales muestran mayor índice de alteración de la flujometría que los proximales. Tanto los datos numéricos obtenidos como el patrón morfológico del flujo urinario deben ser valorados en conjunto para una correcta interpretación.

*Forma de presentación: Póster presentado*

## PÓSTERS SELECCIONADOS PARA EXPOSICIÓN

### ÁREA: CIRUGÍA DIGESTIVA

- **P.004 Papel de la esofagitis eosinófila en el paciente con atresia de esófago.** Morante Valverde R, Benavent Gordo MI, Cano Novillo I, Carro Rodríguez MA, Germán Díaz M, Moreno Zegarra C, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.*

**Objetivos.** La disfagia es un síntoma frecuente en pacientes intervenidos de atresia esofágica. Los hallazgos macroscópicos de la endoscopia así como los datos anatomopatológicos condicionan el diagnóstico y tratamiento del paciente

**Material y Métodos.** Presentamos una serie de 4 pacientes con atresia de esófago seguidos en nuestro Centro diagnosticados de esofagitis eosinófila en el curso de una endoscopia realizada por disfagia o impactación esofágica.

**Resultados.** Todos los pacientes han sido varones con atresia de esófago tipo III intervenidas en periodo neonatal. Dos de ellos tienen una malformación anorrectal, uno como parte de una secuencia VACTERL y el otro como malformación aislada mientras que el resto no presentan malformaciones asociadas. La edad del diagnóstico varió entre los 9 meses y los 5 años. Todos presentaban disfagia, y dos de ellos un episodio de impactación esofágica. Previo a este diagnóstico los pacientes estaban recibiendo tratamiento médico antirreflujo con escasa mejoría de la clínica. Tras el tratamiento con corticoide deglutido y eliminación de alimentos en aquellos con CAP positivo se ha producido mejoría clínica y endoscópica.

**Conclusiones.** La disfagia en la atresia de esófago es un síntoma con etiología multifactorial. Clásicamente se ha atribuido a estenosis mecánica, alteración de la motilidad esofágica o reflujo gastroesofágico. La esofagitis eosinófila es una causa cada vez más frecuente de disfagia en la población general y es importante tenerla en cuenta en el estudio de la disfagia de estos pacientes.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.005 Duplicidad esofagogastrica completa e invertida.** Morán Penco JM<sup>1</sup>, Vázquez J<sup>2</sup>, Peláez D<sup>3</sup>. <sup>1</sup>UNEX-Clideba. <sup>2</sup>Clínica Quirón Madrid. <sup>3</sup>Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Exponer un caso especial de duplicidad digestiva y sus complicaciones

**Material y Métodos.** Niña de 4 m de edad, remitida por palpase tumoración en hipocondrio izquierdo. Asintomática. En ecografía se halla tumoración anecoica de 5 cm entre bazo y estómago. En RM, se confirma y hay pared común con estómago, pero no con bazo. Es intervenida reseccándose una duplicidad gástrica completa, con pared común con curvatura mayor, invertida y que se continuaba con una estructura tubular que cruzaba por encima de páncreas y del duodeno, acabando a la derecha de la 2 vértebra lumbar. Se comprueba histológicamente que se trata de estómago y esófago respectivamente. Hizo una infección p.o. del lecho quirúrgico que se resolvió con reintervención y drenaje del mismo lecho.

**Resultados.** Están descritos en la literatura varios casos de degeneraciones carcinomatosas, a largo plazo, sobre los restos mucosos residuales y no extirpados en las duplicidades gástricas. La evolución p.o. a los 5 años es excelente clínica y ecográficamente.

**Conclusiones.** 1. No hemos hallado en la literatura consultada este tipo de duplicidad. 2. Las duplicidades gástricas deben reseccarse por completo, con seguridad toda la mucosa, pues pueden degenerar en carcinomas, a largo plazo.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.006 Litiasis biliar: Revisión de una patología en aumento.** Fernández Atuan R, Estors Sastre B, Bragagnini Rodríguez P, González Martínez-Pardo N, Delgado Alvira R, Elías Pollina J. *Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

**Objetivos.** La incidencia de la litiasis biliar ha aumentado en los últimos años, por causas multifactoriales como la mejora de las técnicas diagnósticas y el aumento de la obesidad infantil. Existen factores de riesgo conocidos para la formación de litos en vía biliar, como NPT, enfermedades hemolíticas, antecedentes familiares y enfermedades sistémicas entre otras. El tratamiento de elección suele ser la colecistectomía laparoscópica. La indicación quirúrgica varía entre los centros.

**Material y Métodos.** En nuestro centro hemos controlado a 41 pacientes en los últimos 10 años.

**Resultados.** El promedio de edad es de 12 años (8 meses-15 años). La distribución por sexo es de 11 femeninos (55%) y 9 masculinos (45%). Se operaron 18 pacientes (43,9%). De estas intervenciones, se realizaron 8 colecistolitotomías (44,4%) con un paciente presentando recidiva 4 años después y 10 colecistectomías (55,5%) siendo 8 de estas laparoscópicas (80%). Por enfermedad hemolítica 4 fueron colecistectomías con esplenectomía. Los factores de riesgo más frecuentes de nuestra serie fueron antecedentes familiares (30%), enfermedad hemolítica (20%), obesidad (10%) y salmonelosis (10%) el resto de los pacientes no se identificaron factores de riesgo.

**Conclusiones.** La tendencia actual en la literatura es la actitud expectante en menores de 2 años y la intervención quirúrgica en pacientes diagnosticados después de los 2 años de edad. Nuestro servicio realiza controles ecográficos seriados, indicando colecistolitotomía si no hay cambios de la pared vesicular con persistencia de las características de los litos en pacientes sin factores de riesgo y realizando colecistectomía en pacientes que no cumplan estos criterios, obteniendo buenos resultados.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.007 Estenosis biliar inflamatoria idiopática benigna. Un reto diagnóstico.** Alvarenga A, Pinheiro R, García M, Morgado H, Trindade E, Estevão-Costa J, Campos M. *Serviço de Cirurgia Pediátrica. Hospital de S. João. Faculdade de Medicina. Porto, Portugal.*

**Objetivos.** Las estenosis de la vía biliar extrahepática en los niños suelen ser de origen traumático o iatrogénico. Presentamos un caso de estenosis biliar de patogénesis inflamatoria y causa desconocida (estenosis biliar inflamatoria idiopática benigna).

**Material y Métodos.** Adolescente de 12 años de sexo femenino enviada por anomalías en las enzimas hepáticas, que se detectaron en una exploración rutinaria e con estudios serológicos, inmunológicos y de la función tiroidea normales para la edad. Una ecografía abdominal no demostró alteraciones hepato-biliares y la biopsia hepática mostró sólo fibrosis portal leve a moderada y ligera proliferación de conductos biliares. La paciente comenzó con dolor abdominal recurrente y realizó ColangiRMN, donde fue detectada dilatación de los conductos biliares intrahepáticos y estenosis de la vía biliar yuxta-hiliar. Fue realizada colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con citología de la vía biliar (sin alteraciones) y dilatación de la estenosis, con colocación de un stent. La enferma mejoró del punto de vista clínico y analítico, pero el stent tuvo que ser retirado 6 meses después por obstrucción. Decidido tratamiento quirúrgico, se procedió a la resección de la estenosis justa-hiliar con anastomosis bilio-digestiva hepático-yeyunal en Y de Roux.

**Resultados.** La histopatología reveló estenosis inflamatoria. Después de la operación se produjo fístula biliar que cerró de forma espontánea. El paciente se encuentra asintomático con analítica normal después de 1 año de seguimiento.

**Conclusiones.** La estenosis biliar inflamatoria idiopática benigna debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de la estenosis de la vía biliar extrahepática, que requiere tratamiento quirúrgico.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.008 Hernia de Littré complicada en un paciente pediátrico. Reporte de un caso.** Leal Escamilla R, Góngora Ada M, Carrerra Matute J, Saura L. *Hospital San Joan de Déu. Barcelona.*

**Objetivos.** La hernia de Littré es la protrusión del divertículo de Meckel a través del orificio inguinal, es una entidad muy poco frecuente.

**Material y Métodos.** Se trata de un paciente varón de 1 años 4 meses sin antecedentes de importancia que ingresa en el servicio de urgencias por presentar irritabilidad de 12 h de evolución, crisis de dolor abdominal tipo cólico, postración posterior y melenas. Bajo la sospecha de invaginación intestinal, se realiza ecografía abdominal que es normal. Presenta empeoramiento clínico con protrusión de una masa irreductible inguinal izquierda, indurada, dolorosa acompañada de vegetatismo que ecográficamente es compatible con una hernia inguinal incarcerada y datos de obstrucción intestinal, con orientación diagnóstica de hernia inguinal incarcerada se realiza abordaje inguinal encontrándose contenido fecal, se realiza plastia inguinal tipo Ferguson y una laparotomía media infra umbilical, encontrándose un divertículo de Meckel a 25 cm de la válvula ileocecal, vulvulado y perforado, el cual se reseca mediante sutura mecánica. Se

realiza apendicetomía. La anatomía patológica reveló un divertículo de Meckel con metaplasia gástrica.

**Resultados.** La evolución clínica fue satisfactoria y se egresó a los 10 días del posoperatorio.

**Conclusiones.** Como tal la hernia de Littré es una entidad infrecuente, con una incidencia del 2% por lo tanto insospechada. La incarceration o estrangulamiento, necrosis y perforación son raras. Sin embargo debe ser tomada en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes con hernia inguinal incarcerationada y sangrado rectal.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.009 Divertículo de Meckel y el signo del “autógrafo intestinal”.** Soares AR, Fernández Pineda I, Delgado L, Roldán S, Alonso V, De Agustín JC. *Hospital Universitario Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** El divertículo de Meckel (DM) es la anomalía congénita más frecuente del intestino delgado, afectando al 2% de la población general, sólo el 4% de los DM presentan sintomatología. La técnica diagnóstica de elección es la gammagrafía con Tc-99, no obstante debemos conocer los hallazgos ecográficos del DM, prueba frecuentemente solicitada en edad pediátrica ante un abdomen agudo.

**Material y Métodos.** Varón de 11 años con dolor abdominal de 18 horas de evolución asociado a náuseas, anorexia, febrícula e historia de melenas. Abdomen doloroso a la palpación con defensa abdominal focalizada en región periumbilical y FID. Ruidos hidroaéreos presentes. Analíticamente presenta neutrofilia relativa sin leucocitosis. Ecográficamente, observamos apéndice cecal sin alteraciones, visualizándose una estructura quística de 2 cm de diámetro, con el signo ecográfico de “autógrafo intestinal”, de paredes engrosadas. Pequeña cantidad de líquido libre intraabdominal.

**Resultados.** Ante empeoramiento del cuadro clínico, realizamos una laparoscopia exploradora, hallando diverticulitis de Meckel a 40 cm de la válvula ileo-cecal. Exteriorizamos la lesión mediante ampliación de la incisión umbilical y realizamos una resección segmentaria con anastomosis termino-terminal y apendicectomía profiláctica laparoscópica. El informe anatomopatológico confirma el diagnóstico hallando DM con ectopia gástrica de tipo fúndica, y pancreática. El paciente evoluciona favorablemente, siendo dado de alta hospitalaria a los 5 días postoperatorios.

**Conclusiones.** El signo ecográfico “autógrafo intestinal”, caracterizado por una superficie hiperecoica interna (capa mucosa) y una superficie externa hipoecoica (capa muscular), plantea diagnóstico diferencial de DM con la duplicación intestinal. En caso del DM, la pared intestinal presenta una morfología más irregular.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.010 Obstrucción intestinal por fitobezoar: ¿Es recomendable la dieta rica en fibra?** Royo Cuadra Y, Pueyo Gil C, Di Crosta I, Skrabski R, Sempere Dura T, Maldonado Artero J. *Hospital Universitario Juan XXIII. Tarragona.*

**Objetivos.** La obstrucción intestinal por bezoar es una rara causa de abdomen agudo pediátrico, generalmente en el contexto de una alteración conductual (pica).

**Material y Métodos.** Presentamos un caso de obstrucción ileal por fitobezoar no asociado a trastorno psiquiátrico de la ingesta.

**Resultados.** Niña de 3 años, de raza negra, sin antecedentes médico-quirúrgicos previos, que consulta por vómitos y dolor abdominal de 48 horas de evolución. Presenta deshidratación moderada, distensión y dolor abdominal, sin irritación peritoneal y con peristaltismo aumentado. Análítica general con urea y creatinina elevadas, resto normal. En la radiografía se aprecian niveles hidro-aéreos intestinales. En la ecografía existen asas dilatadas con contenido líquido y engrosamiento de su pared, sin signos ecográficos de apendicitis o invaginación. Ante la dificultad para filiar el origen del cuadro se realiza TAC, que determina íleo obstructivo mecánico a nivel ileal por posible bezoar. En la cirugía se halla obstrucción intraluminal de íleon por un abundante material pastoso formado por fibras vegetales (fitobezoar); se practica enterotomía, extracción del material y lavado. Intestino sin malformación anatómica o funcional (histología normal). Mantiene cuadro suboclusivo durante una semana, con correcta evolución posterior. La analítica general, perfil tiroideo, inmunoglobulinas, test de sudor, coprocultivos, son normales. Se investiga sobre sus hábitos alimentarios y se constata que realiza una dieta muy rica en fibra que ingiere sin masticar adecuadamente, atribuyendo a esto el origen del fitobezoar.

**Conclusiones.** El fitobezoar es una excepcional causa de obstrucción intestinal pediátrica. Un exceso de fibra en la dieta unido a una deficiente masticación podría originarlo, incluso en pacientes sanos.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.011 Vólvulo intestinal como debut de síndrome de Peutz-Jeghers.** Velázquez Frago L, Tirado Pascual M, Barrientos Fernández G, Pérez-Etchepare Figueroa E, Soriano Benítez de Lugo D, Antón Hernández L, Gómez Culebras M. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.*

**Objetivos.** El Síndrome de Peutz-Jeghers es una enfermedad rara que se caracteriza por la presencia de maculas hiperpigmentadas en labios, mucosa oral y extremidades; y pólipos hamartomatosos en el aparato digestivo. Presentamos el caso clínico de una paciente preadolescente que debutó con vólvulo intestinal secundario a pólipo intestinal

**Material y Métodos.** Niña de 12 años que acude a urgencias por dolor abdominal de 24 h. de evolución asociado a vómitos biliosos. El examen físico evidenció palidez cutáneomucosa, manchas hiperpigmentadas en labios y mucosa oral y masa abdominal palpable, dolorosa, de localización centroabdominal. La radiografía simple de abdomen mostraba un silencio abdominal con “efecto masa” en mesogastrio. En el TC se observó imagen compatible con invaginación de asa de yeyuno

**Resultados.** Se realizó laparotomía exploradora hallándose un vólvulo yeyunoileal ocasionado por invaginación secundaria a pólipo yeyunal. Se resecó 1,5 m de yeyuno-íleon y se realizó anastomosis primaria. Se procedió al alta clínica tras el inicio de la alimentación según pauta fast-track. La anatomía patológica reveló la presencia de dos pólipos hamartomatosos compatibles con el SPJ

**Conclusiones.** El vólvulo intestinal en la preadolescencia es una entidad inusual, y generalmente es secundario a malposición o

malrotación intestinal. La etiología de la invaginación intestinal en esta edad es orgánica, y suele ser secundaria a pólipos. Ante la sospecha de SPJ, se debe completar estudio para descartar la existencia de otros pólipos, así como cribado periódico, ya que la incidencia de cáncer en la edad adulta es 18 veces superior al resto de la población

*Forma de presentación: Póster*

- **P.012 Malrotación y vólvulo intestinal con retraso diagnóstico evitable.** Cavaco Fernandes R, Enriquez Zarabozo E, Blesa Sanchez E, Amat Valero S. *Hospital Materno Infantil. Centro Hospitalario Universitario de Badajoz.*

**Objetivos.** Hacer hincapié en la necesidad de sospechar una malrotación intestinal en pacientes con episodios agudos abdominales, en presencia de imágenes que deberían haber obligado a pensar en ella.

**Material y Métodos.** Paciente de 4 años diagnosticada previamente de dextrocardia con estómago e hígado centrales en pruebas de imagen, y con múltiples episodios previos de dolor abdominal agudo y vómitos, ocasionalmente verdes. Ingresó por cuadro clínico similar detectándose asa central de delgado dilatada en la ultrasonografía. Por sospecha de malrotación intestinal se realiza tránsito digestivo superior que la confirma y además detecta suboclusión yeyunal. La intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía media permite comprobar malrotación con vólvulo intestinal. Se procede a devolvulación con buena recuperación de vascularización de asas, sección de bandas de Ladd, pexia de yeyuno a fascia perirrenal y apendicectomía.

**Resultados.** Evolución postoperatoria favorable.

**Conclusiones.** El paciente es un claro ejemplo de malrotación intestinal con manifestaciones clínicas y estudios complementarios suficientes para pensar en su diagnóstico con mayor antelación. Aunque la presentación de un vólvulo suele ser aguda, en ciertos casos el patrón clínico sugiere la existencia de vólvulos intermitentes, como en esta niña. La finalidad de un diagnóstico temprano en estos pacientes es la de no llegar a una intervención quirúrgica urgente con volvulación isquémica. Los pasos realizados en la intervención minimizan el riesgo de futuros vólvulos.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.013 Vólvulo cecal aislado.** Lopes-Santos J, Alvarenga A, Lamas-Pinheiro R, García M, Campos M, Estevão-Costa J. *Serviço de Cirurgia Pediátrica. Hospital S. João. Faculdade de Medicina. Porto, Portugal.*

**Objetivos.** El vólvulo cecal es una enfermedad rara en niños. Se han descrito varias asociaciones y causas posibles, pero la mayoría de los casos siguen siendo idiopáticas. Presentamos un caso de vólvulo cecal aislado, secundario a malrotación intestinal.

**Material y Métodos.** Joven de 15 años enviada por dolor abdominal y vómitos de bilis. Tenía una historia de episodios recurrentes de cólico abdominal asociada con hinchazón y estreñimiento. El examen físico reveló una masa palpable en el hipogastrio (15x25 cm). Las pruebas de laboratorio revelaron leucocitosis y PCR negativa. La radiografía abdominal mostró el “coffee bean sign”. La TC abdominal mostró el “whirlpool sign” y malrotación. Se realizó colonoscopia urgente, que no mostró signos de vólvulo hasta el colon descendente.

Realizada laparotomía exploradora se encontró un volvulus cecal gigante (12-15 cm de diámetro). Realizada “detorsión” cecal (720° a la izquierda), se identificaron bandas de Ladd distalmente e dada la viabilidad del ciego se ha completado el procedimiento de Ladd.

**Resultados.** El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y el paciente se mantiene asintomático a los 2 años de seguimiento.

**Conclusiones.** El volvulus cecal, como un componente de volvulus del intestino medio, se reconoce como una complicación de la malrotación intestinal. Inesperadamente, un caso de vólculo cecal aislado no había sido previamente descrito; esta asociación puede ser debido a la inserción distal de las bandas de Ladd, que han servido como eje de rotación.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.014 Anastomosis colorrectal circular mecánica en paciente con enterocolitis de rectosigma.** Martínez Criado Y, Moya María José, Fernández Pineda I, Cabrera García R, Valladares Mendía JC, Jiménez Lorente AI, De Agustín Asensio JC. *Hospital Infantil. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío-Virgen Macarena. Sevilla.*

**Objetivos.** La enterocolitis necrosante rectosigmoidea es excepcional, y la resección de la zona rectal afecta puede dificultar la reconstrucción del tránsito intestinal. Existe poca experiencia en el uso de la grapadora circular endorrectal en niños debido a las limitaciones técnicas.

**Material y Métodos.** Recién nacido a término de 3.202 gramos de peso, sin antecedentes gestacionales de interés. Al 5º día de vida comenzó con vómitos, distensión abdominal y ausencia de deposición. La radiografía abdominal evidenció ausencia de aire distal, y en el tránsito intestinal el contraste no progresó al colon. Analíticamente aumentaron de los reactantes de fase aguda y apareció una plaquetopenia.

**Resultados.** Se realizó laparotomía urgente, encontrando una necrosis con perforación rectosigmoidea. Se resecó el rectosigma afecto, y se hizo una derivación tipo Hartmann, dejando un escaso muñón rectal referenciado. En el seguimiento en consultas se procedió a una dilatación secuencial con Hegar, del canal anal y muñón rectal, hasta llegar al número 21. Al 5º mes de vida, se procedió a reconstrucción del tránsito intestinal realizando una anastomosis con grapadora mecánica circular. El paciente fue dado de alta, y ha evolucionado favorablemente.

**Conclusiones.** La anastomosis colorrectal con grapadora mecánica circular son efectivas y seguras, reduciendo el tiempo quirúrgico y el riesgo de dehiscencias. El diámetro de la grapadora y su tamaño constituye una limitación en lactantes, que puede solventarse con las dilataciones anales secuenciales.

*Forma de presentación: Póster*

## ÁREA: CIRUGÍA GENERAL I

- **P.021 Otoplastia mediante el rayado anterior del cartílago auricular para el tratamiento de las orejas aladas.** Estors B<sup>1</sup>, Bragagnini P<sup>1</sup>, Fernández R<sup>1</sup>, González A<sup>1</sup>, Galeano N<sup>2</sup>, Elías J<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio Cirugía Pediátrica, <sup>2</sup>Servicio Cirugía Plástica. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** Las orejas aladas constituyen la deformidad congénita más frecuente del pabellón auricular y pueden repercutir negativamente en el desarrollo psicosocial del niño. El objetivo de este trabajo es presentar la técnica de otoplastia utilizada en nuestro Servicio y sus resultados.

**Material y Métodos.** La técnica de otoplastia utilizada en nuestro Servicio incluye el rayado anterior del cartílago auricular. Se han estudiado de forma retrospectiva los pacientes intervenidos de otoplastia durante los últimos 5 años, describiendo las complicaciones a corto y largo plazo de esta técnica y el grado de satisfacción post-cirugía de los pacientes y sus familiares.

**Resultados.** Se realizaron un total de 263 otoplastias en 137 pacientes. La alteración fue bilateral en el 91,97% de casos. El 29,92% de pacientes asociaban un exceso de concha. La edad media de intervención fue de 9,09 ± 2,43 años ([3-14] años). La única complicación precoz fue el sangrado en 2 casos. Las complicaciones tardías fueron: 5 cicatrices queloides, 2 hipertróficas, y en 2 casos se objetivaron “picos” cartilagosos. Se produjo recidiva en un total de 11 pacientes (8,03%), 6 parciales y 5 completas. El 95,91% de los pacientes encuestados refieren estar “satisfechos o muy satisfechos” después de la cirugía, habiéndose objetivado una clara mejoría de su autoestima en el entorno familiar.

**Conclusiones.** El índice de complicaciones en nuestra serie ha sido bajo y el grado de satisfacción de los pacientes alto, por lo que consideramos que la técnica de otoplastia mediante el rayado anterior del cartílago es una técnica efectiva para la corrección de las orejas aladas.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.022 Criptotia: deformidad mínima, cirugía mínima.** Sanchez Vázquez B, Escuder de la Torre O, Nuñez BG, Brun Lozano N, Riba Martínez M, Bardají Pascual C. *Hospital Parc Taulí. Sabadell.*

**Objetivos.** Presentar un caso de criptotia tratado mediante una técnica con incisión y disección mínimos

**Material y Métodos.** Se expone el caso de una niña de 3 años afecta de criptotia en la oreja izquierda. Mediante una mínima incisión, con disección supraperióstica del polo superior de la oreja se procedió a la fijación de la piel al cartílago, en la posición correcta, formando el pliegue retroauricular, mediante puntos reabsorbibles y vendaje.

**Resultados.** El resultado cosmético fue bueno con una cicatriz mínima.

**Conclusiones.** Esta técnica, ofrece un resultado cosmético bueno con una cicatriz mínima, evitando las cicatrices de la zona donante en caso de utilizar injertos y una menor disección que en los casos de zetoplastias.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.023 Fístula de primer arco branquial tipo II. Caso clínico.** Espinoza Vega ML, Espinosa Góngora R, Rico Espiñero C, Souto Romero H, Rodríguez de Alarcón García J, Luis Huertas AL, Riñón Pastor C, Álvarez Bernaldo de Quirós M, Olivares Pardo E, Ollero Caprani JM. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

**Objetivos.** Las anomalías del primer arco branquial constituyen menos del 1% de las malformaciones de las hendiduras branquiales. Nuestro objetivo es presentar un caso de fístula de primer arco branquial tipo II.

**Material y Métodos.** Paciente mujer de 1 año con abscesos de repetición en región cervical anterior derecha. A la exploración, presenta un orificio en región submaxilar derecha, anterior al músculo esternocleidomastoideo, con escaso drenaje purulento. Con el diagnóstico de fístula de segundo arco branquial, se programa intervención quirúrgica.

**Resultados.** Tras extirpación en bloque de la lesión, la paciente presentó refistulización y episodios repetidos de supuración, por lo que se reintervino, objetivándose trayecto fistuloso que se dirigía hacia ángulo mandibular derecho. Se tutorizó y mediante la inyección de azul de metileno, se comprobó salida por conducto auditivo externo derecho. Se reprogramó la cirugía para realizar abordaje parotídeo con monitorización del nervio facial. Se realizó extirpación del trayecto fistuloso y de la pared anterior del conducto auditivo externo. En el postoperatorio, se objetivó perforación timpánica y neuroapraxia del nervio facial. Actualmente, la paciente está asintomática, con recuperación total del nervio facial y con buena evolución de la perforación timpánica.

**Conclusiones.** 1. Señalamos la importancia del diagnóstico diferencial de las anomalías de los arcos branquiales para su correcto tratamiento quirúrgico. 2. La utilización de la monitorización mediante electrodos es útil para evitar lesiones del nervio facial en el abordaje parotídeo.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.024 Reconstrucción de hendidura palatina congénita, yatrogénica y compleja con colgajo de fascia temporal superficial.** Olivares Pardo E<sup>1</sup>, Souto Romero H<sup>1</sup>, Aso Vizán J<sup>1</sup>, Culaciati Tapia C<sup>2</sup>, Enríquez de Salamanca Celada J<sup>1</sup>, González Meli B<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**Objetivos.** Las fistulas palatinas en hendiduras congénitas se suelen tratar, por orden de complejidad, con repalatoplastia, colgajo miomucoso con arteria facial (FAMM) o colgajos libres (vasto lateral, radial, etc.). La alternativa es el uso de obturadores. El colgajo lingual en nuestro medio está en desuso. Se plantea una alternativa de complejidad intermedia que es el uso de fascia temporal superficial.

**Material y Métodos.** Varón de 22 meses de edad con hendidura labio palatina congénita compleja. Fue intervenido a los dos meses de vida de adhesión labial y al año de queiloplastia secundaria y palatoplastia por otro equipo. En el postoperatorio sufrió necrosis completa de colgajos palatinos y dehiscencia completa de paladar blando. La exposición ósea conllevó pérdida de casi la totalidad del hueso del paladar duro. A los 22 meses de vida realizamos injerto de piel total en fascia temporal superficial y a los 13 días transposición de colgajo de fascia temporal superficial con el injerto de piel a cavidad oral para cierre de plano oral, colgajo de mucosa y vomerianos para el cierre de plano nasal y estafilorrafia.

**Resultados.** El resultado es el cierre completo de la fistula-dehiscencia del paladar sin infección, permitiendo el aprendizaje del habla.

**Conclusiones.** El colgajo de fascia temporal superficial puede ser una alternativa para el cierre de fistulas oronasales complejas en pacientes fisurados. El injerto de piel previo facilita el prendimiento del mismo, mejora la viabilidad del colgajo por la dilación y previene en parte la retracción del colgajo mientras la mucosa le va cubriendo.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.025 Técnica adhesiva en el labio fisurado bilateral: por qué es nuestra elección.** García González M, Caramés Bouzán J, Rodríguez Ruiz M, Marco Martín C, Curros Mata N, Dargallo Carbonell T, Somoza Argibay I, País Piñeiro E, Gómez Tellado M, Vela Nieto D. *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

**Objetivos.** El labio fisurado bilateral se caracteriza por presentar un defecto labial bilateral que condiciona una grave protrusión de la premaxila, un colapso de ambas arcadas maxilares laterales, una importante hipoplasia del prolabio y de la musculatura orbicular y una columna corta. Para su tratamiento se han propuesto múltiples alternativas entre ellas la Técnica Adhesiva y el Moldeado Nasoalveolar, previos ambos, a la corrección definitiva. La utilización o no de tratamientos ortopédicos previos al cierre labial en los niños fisurados es una de las cuestiones más polémicas en su tratamiento. Una de las alternativas a estos métodos ortopédicos, no exentos de complicaciones y que requieren múltiples visitas al cirujano para ajuste de los mismos es la técnica adhesiva.

**Material y Métodos.** Presentamos tres casos de labio bilateral severo. A los dos meses de edad proponemos primer tiempo quirúrgico, realizando la adhesión bilateral de los labios a la premaxila, para frenar la propulsión de la misma y conseguir un desarrollo de la parte central del labio. A los 6 meses de edad Queiloplastia de un lado del labio de forma definitiva y tres meses después el otro.

**Resultados.** Tras la técnica adhesiva y posteriormente una corrección definitiva según técnica de Millard modificada se han obtenido buenos resultados, escasas complicaciones y facilidad para las familias tanto en el tratamiento como en el seguimiento.

**Conclusiones.** Consideramos la técnica adhesiva de elección por su mejor seguimiento, mayor comodidad para los pacientes, baja tasa de complicaciones, mejora de eficiencia y excelentes resultados tras la corrección definitiva.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.026 Síndrome oro-facio-digital tipo I. Descripción de un caso y un nuevo abordaje quirúrgico.** García González M, Caramés Bouzán J, Pombo Castro M, Marco Martín C, Rodríguez Ruiz M, Dargallo Carbonell T, Vela Nieto D. *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

**Objetivos.** Los síndromes oro-facio-digitales (OFD) constituyen un grupo heterogéneo de trastornos del desarrollo embrionario. Hay descritos once tipos de SOFD lo que representa un amplio espectro de fenotipos variables con características clínicas superpuestas, planteando un importante problema diagnóstico. El tipo I se caracteriza por presentar labio superior fisurado central incompleto, lengua bífida, hamartomas intraorales, frenillos alveolares y

fisura del paladar blando como rasgos clínicos característicos. Hay escasas publicaciones al respecto sin ninguna descripción sobre su manejo quirúrgico.

**Material y Métodos.** Presentamos el caso de una paciente remitida a nuestra unidad de fisuras labio-palatinas por cuadro dismórfico facial y cuya madre es afectada de una forma incompleta de este síndrome. El diagnóstico genético revela una mutación del gen no descrita previamente en la literatura. Presentamos un nuevo enfoque quirúrgico para la corrección del defecto labial central.

**Resultados.** Mediante este nuevo abordaje quirúrgico conseguimos un adecuado resultado estético y funcional.

**Conclusiones.** OFD 1 es extremadamente infrecuente. Queremos enfatizar la importancia de realizar un correcto diagnóstico diferencial en pacientes que presenten fisura palatina asociada a masas intraorales o problemas de alimentación, para descartar formas incompletas de este síndrome y así poder ofrecer a estos pacientes un tratamiento multidisciplinar, una adecuada estrategia quirúrgica, y un adecuado consejo genético. La corrección quirúrgica de las malformaciones asociadas a este síndrome es un reto para el cirujano pediátrico, ya que no existe una técnica quirúrgica descrita para la corrección de este defecto labial central.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.027 Quiste dermoide de inclusión congénito en la región occipital.** Montalvo Ávalos C, Vega Mata N, López López AJ, Oviedo Gutiérrez M, Gutiérrez Segura C, Rial Basalo JC. *H. Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Objetivos.** Presentar el caso de una paciente afectada de quiste dermoide occipital. Destacar los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos; y, realizar revisión de la literatura al respecto

**Material y Métodos.** Se presenta el caso de una paciente mujer de 4 meses de edad, sin antecedentes personales de interés, derivada por su pediatra por tumoración occipital en relación a folículo piloso, presente desde el nacimiento.

**Resultados.** A la exploración se observa un quiste subcutáneo de aproximadamente 2 cm en línea media occipital; móvil, no doloroso, de consistencia indurada y sin signos inflamatorios. Se solicita ecografía que muestra tumoración de 30x7 mm compatible con cefalohematoma en evolución., decidiéndose observación y control ambulatorio. Al año, se constata la persistencia de la tumoración occipital. Se realiza ecografía que aparenta normal. A los 3 años de edad, tras presentar un episodio de salida de líquido claro a través del quiste se realiza Angio-Tac confirmando el diagnóstico de quiste dermoide con comunicación intracraneal, por lo que se decide intervención quirúrgica por Neurocirugía. El postoperatorio cursa sin incidencias. La anatomía patológica confirma el diagnóstico. En controles ambulatorios, la paciente sigue asintomática, con TAC craneal normal.

**Conclusiones.** Los nódulos del cuero cabelludo congénitos, en línea media, conllevan elevado riesgo de extensión intracraneal. La tomografía axial computarizada craneal es de elección ya que aporta datos de estructuras adyacentes. El diagnóstico diferencial de estas lesiones debe realizarse con meningoceles, quistes sebáceos, hemangiomas o cefalohematomas (como en nuestro caso).

*Forma de presentación: Póster*

- **P.028 Quistes disontogénicos intraorales en niños.** Prada Arias M<sup>1</sup>, Montero Sánchez M<sup>1</sup>, Pérez Pedrosa A<sup>2</sup>, Fernández Eire P<sup>1</sup>, Lema Carril A<sup>1</sup>, Gómez Veiras J<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Sección de Cirugía Pediátrica, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

**Objetivos.** Presentación de 3 casos clínicos de quistes disontogénicos (QD) intraorales.

**Material y Métodos.** Casos clínicos:

Sexo / Edad	Síntomas	Histología	Complicaciones
V / 3 años	Difícil deglución	Teratoide	Recurrencia
V / 8 años	No	Dermoide	No
H / 8 años	No	Dermoide	No

**Resultados.** En los 3 casos la evolución ha sido favorable. En el caso del quiste teratoide se reintervino tras la recurrencia sin incidencias.

**Discusión.** Los QD intraorales son raros. Su etiología más probable es el atrapamiento de células pluripotenciales ectodérmicas durante la fusión de los arcos branquiales. Se diferencian tres tipos histológicos, epidermoide, dermoide y teratoide. Este último tiene especial interés por su rareza y composición, similar a un teratoma. Suelen detectarse en niños mayores o adultos, aunque pueden aparecer a cualquier edad. Generalmente son asintomáticos, aunque pueden provocar síntomas en relación con su localización y tamaño (difícil deglución, disfonía y disnea). El diagnóstico preoperatorio es difícil, pudiendo simular otros tipos de quistes intraorales más frecuentes. La ecografía es la prueba de imagen de elección inicial por su inocuidad y rapidez. La TAC y RNM permiten una precisa localización de la lesión. El tratamiento de elección es la exéresis completa, para evitar recurrencias y prevenir su posible malignización. A pesar de su rareza, el QD debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de las masas intraorales en los niños a cualquier edad, siendo necesario un seguimiento a largo plazo tras la cirugía, para detectar posibles complicaciones como la recurrencia.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.029 Manejo conservador de grandes defectos cutáneos secundarios a celulitis necrotizante.** Padilla García MA, García Gómez M, Díaz Moreno E, Muñoz Miguelsanz MA, Mátar Sattuf K. *Hospital Virgen de las Nieves. Granada.*

**Objetivos.** La incidencia de la fascitis necrotizante es de 1:100.000 habitantes en nuestro medio; predispuesta en niños por inmunosupresión, infecciones (varicela) y nefropatías. Presenta una mortalidad elevada entre el 30-60% dependiendo del tiempo de inicio del tratamiento médico-quirúrgico. El agente causal más frecuente es el Estreptococo hemolítico del grupo A, aunque usualmente es polimicrobiana.

**Material y Métodos.** Presentamos el caso clínico de un neonato sano de 10 días de vida sin factores predisponentes, que inicia con placa eritematosa mamaria izquierda la cual en pocas horas se extiende a abdomen y región inguinal derecha. Con posterior necrosis masiva de piel y tejido celular subcutáneo, respetando la fascia. Aislándose *E. coli* como agente causal de la infección inicial. Se

inició rápidamente manejo antibiótico y desbridamiento superficial. El gran defecto cutáneo resultante fue manejado conservadoramente con apósito antimicrobiano de espuma con plata.

**Resultados.** Reepitelización del defecto cutáneo que afectaba región pectoral izquierda, abdomen y región inguino-escrotal derecha en un periodo de 4 meses. Ausencia de retracciones cutáneas significativas que puedan generar alteración funcional

**Conclusiones.** El cierre de defectos cutáneos secundarios a una celulitis necrotizante puede ser manejado conservadoramente con apósitos de plata, incluso en áreas de gran tamaño, sin necesidad de recurrir al injerto cutáneo, consiguiendo resultados satisfactorios.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.030 Reconstrucción mamaria en síndrome de Poland con matriz de colágeno, prótesis e injerto graso autólogo.** Olivares Pardo E, Souto Romero H, Rodríguez de Alarcón García J, Aso Vizán J, Enríquez de Salamanca Celada J, González Meli B. *Hospital Infantil. Universitario Niño Jesús. Madrid.*

**Objetivos.** El síndrome de Poland (SP) es una anomalía congénita que presenta un espectro variable de alteraciones de la pared torácica, con ausencia de pectoral mayor, y del miembro superior. Las matrices dérmicas se suelen utilizar en reconstrucción mamaria oncológica para la cobertura de prótesis mamaria en la zona inferolateral. A partir de un caso con SP en la que se utilizó una matriz dérmica de colágeno, se propone su uso como procedimiento reconstructivo alternativo a la reconstrucción con dorsal ancho.

**Material y Métodos.** Niña de 17 años con síndrome de Poland derecho que desea reconstrucción mamaria. No admite el uso de dorsal ancho. Presenta ausencia de la musculatura pectoral, una hipoplasia del tejido celular subcutáneo en hemitórax derecho, acentuada medialmente, y un remanente mamario en cuadrantes inferiores y externo. Se realiza una reconstrucción a través del surco submamario con matriz dérmica porcina de 8x16 cm y prótesis de alta altura y proyección de 305 cc. La matriz se fija con puntos de seda a la parrilla costal medialmente. En un segundo tiempo se procede a lipoinfiltración en tejido celular subcutáneo de región infraclavicular.

**Resultados.** El resultado es satisfactorio para la paciente. Se consigue suavizar la transición entre el tórax y la prótesis en cuadrante superior y mediales, que es donde carece de tejido la paciente, enmascarando posibles pliegues protésicos.

**Conclusiones.** Con el uso de la matriz dérmica se puede dar cobertura a la prótesis mamaria en zonas hipoplásicas. En casos seleccionados de Síndrome de Poland puede ser una alternativa a la reconstrucción con dorsal ancho.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.031 Colgajo pediculado músculo peroneo corto para la cobertura de una herida compleja en el talón.** Rojo Díez R, Berenguer Fröhner B, Marín Molina C, Tardáguila Calvo AR, De Tomás y Palacios E. *Hospital Materno-Infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid,*

**Objetivos.** El miembro inferior presenta unas características anatómicas que dificultan la realización de colgajos para cubrir

grandes defectos: la ausencia de exceso cutáneo y la vascularización compartimentalizada. Por ello es frecuente recurrir a colgajos libres con microcirugía. Presentamos un caso de cobertura de una herida compleja en el maléolo y talón mediante un colgajo mioperiostico pediculado de peroneo corto.

**Material y Métodos.** Varón, 15 años, con fractura en estallido de ambos calcáneos y peroné tras precipitación por intento autolítico. Cuatro semanas más tarde de la reducción de la fractura, presenta un gran defecto en el talón, con infección y exposición de material de osteosíntesis. El tratamiento inicial incluye medidas conservadoras (curas tópicas, antibioterapia y terapia de aspiración continua), logrando curación de la infección y un aspecto limpio del lecho de la herida. Como tratamiento definitivo se realiza un desbridamiento quirúrgico y cobertura del defecto resultante (10x12 cm), con un colgajo pediculado de músculo peroneo corto basado en perforantes peroneas distales.

**Resultados.** El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, con una evolución favorable y una supervivencia del 100% del colgajo. En el control radiológico a los tres meses, se observa una consolidación completa de la fractura del calcáneo; sin secuelas funcionales y unas secuelas cicatriciales muy aceptables.

**Conclusiones.** El colgajo de músculo peroneo corto constituye una alternativa eficaz para cubrir defectos de pequeño y mediano tamaño en tercio distal de la pierna, tobillo y talón. Además, presenta unas características de moldeabilidad que permiten su adaptación a zonas complejas, con escasa morbilidad y unos resultados cosméticos aceptables.

*Forma de presentación: Póster*

## ÁREA: CIRUGÍA GENERAL II

- **P.032 Sangrado en el postoperatorio de un quiste neuroentérico torácico. Cuando hay más de uno.** González Temprano N, Molina Caballero AY, Ayuso González L, Pisón Chacón J, Mosquera Gorostidi A\*, Pérez Martínez A. *Sº de Cirugía Pediátrica y \*Pediatria. Complejo Hospitalario de Navarra B. Pamplona.*

**Objetivos.** Los quistes neuroentéricos son anomalías congénitas infrecuentes, por fallo embriológico en la separación del intestino anterior. Suelen presentarse como tumores quísticos aislados, a veces comunicados con raquis o esófago, siendo excepcionales en abdomen. Suelen diagnosticarse tras su infección o sangrado.

**Material y Métodos.** Recién nacido diagnosticado prenatalmente de quiste mediastínico. En el TC y RMN postnatal se aprecian dos quistes neuroentéricos torácicos derechos, paraesofágicos, estando el más craneal comunicado con T3-T4. No estaban unidos a tubo digestivo. A los 3 meses de vida inicia cuadro infeccioso y hemorrágico con signos de abscesificación y sangrado del quiste caudal. Se realiza resección completa de ambos quistes y sutura de su comunicación raquídea. En el postoperatorio no se normalizaron las cifras de hemoglobina, manteniendo una anemia crónica con crisis agudas. Se realiza ecografía abdominal que muestra una tumoración quística en FID captante en la gammagrafía. Es intervenido mediante laparotomía transversa infraumbilical derecha hallando un nuevo quiste neuroentérico situado en el mesoíleon con tejido gástrico y pancreático sangrante y una comunicación

filiforme que se introducía en el espacio raquídeo. Se reseca el quiste completo junto con su comunicación y el fragmento de ileon terminal correspondiente.

**Resultados.** Actualmente está asintomático manteniendo unas cifras de hemoglobina dentro de rangos de normalidad. No se han detectado otras anomalías vertebrales ni gastrointestinales.

**Conclusiones.** Consideramos interesante el abordaje diagnóstico-terapéutico llevado a cabo en este caso, dada la infrecuencia de la patología, la inusual localización y la escasa bibliografía encontrada al respecto.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.033 Tumor pancreático aislado ¿comienzo de MEN-1?** Hernández Del Arco S, Díaz Diñeiro M, Palomares Garzón C, Parrado Villodres R, García Lorenzo C, Sánchez Pérez B\*, Santoyo J\*, Ruiz Orpez A. *HRU Carlos Haya, Málaga. \*Cirugía General.*

**Objetivos.** Describimos un caso de tumoración pancreática asociado cambios en el páncreas sano compatible con neoplasia endocrina múltiple (MEN).

**Material y Métodos.** Mujer de 11 años que presenta tumoración en cuerpo pancreático de 5 cm de diámetro y anemia ferropénica refractaria. El estudio de extensión fue negativo. Se realiza pancreatometomía corporocaudal con preservación esplénica.

**Resultados.** La anatomía patológica revela un tumor de estirpe endocrina, bien diferenciado pero con criterios de riesgo (tamaño > 2 cm, Ki67 > 2%, 2 mitosis/campo), así como hiperplasia de células endocrinas en el páncreas no neoplásico, sugestivo de algún tipo de MEN. El postoperatorio transcurre sin incidencias. Tras 19 meses de seguimiento todas las pruebas analíticas y de imagen son normales sin demostrarse neoplasias en otras localizaciones.

**Conclusiones.** Los tumores pancreáticos endocrinos solamente representan el 1-2% del total de tumores pancreáticos y son excepcionales en la infancia. El MEN tipo 1 está caracterizado por tumoraciones, generalmente benignas, de origen endocrino (insulinoma, gastrinoma, adenoma hipofisario, hiperplasia paratiroidea...). La edad media de presentación es 30 años y se relaciona con una mutación en el brazo largo del cromosoma 11. Existen formas familiares por lo que el estudio familiar es preceptivo. Este caso no cumple los criterios para etiquetarlo como MEN-1 y la exéresis de la lesión ha sido suficiente para controlar la enfermedad. La edad de la paciente y los rasgos del estudio anatomopatológico nos debe prevenir en la posibilidad de desarrollo de otras neoplasias del espectro MEN, por lo que consideramos que el seguimiento a largo plazo es mandatorio.

*Forma de presentación: Póster*

- **P. 034 Rara causa de dolor abdominal crónico en adolescente: síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich.** Martín Cano F<sup>1</sup>, García Gómez M<sup>2</sup>, Velasco Sánchez B<sup>1</sup>, RodríguezVargas J<sup>1</sup>. <sup>1</sup> Complejo Hospitalario de Jaén. <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** Presentar un caso clínico de anomalía de conducto mülleriano de escasa frecuencia y difícil diagnóstico clínico.

**Material y Métodos.** Caso clínico: Niña de 12 años que acude por dolor abdominal crónico recidivante, de varios meses de evolución. Menarquia con 11 años. Diagnosticada de estreñimiento crónico. En ecografía abdominal se encuentra masa multiquistica en zona pélvica de gran tamaño. RNM con hallazgo de duplicidad útero vaginal izquierda y agenesia renal izquierda.

**Resultados.** La paciente fue diagnosticada de síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich: útero bidelfo, hemivagina ciega y agenesia renal ipsilateral. El tratamiento de esta patología consiste en realizar sección del tabique intervaginal para drenar el hematometocolpos y control evolutivo posterior ante posibles complicaciones obstétricas o renales.

**Conclusiones.** El síndrome de Herlyn Werner Wunderlich es una anomalía congénita infrecuente con importante significación clínica. Dado que en la mayoría de los casos se manifiesta en la edad próxima a la menarquia es preciso considerar esta opción diagnóstica en adolescentes con dolor abdominal crónico. Es muy difícil establecer su diagnóstico por la clínica, y se basa por tanto en pruebas de imagen, fundamentalmente RNM. La solución es quirúrgica y sencilla, consistiendo en seccionar o extirpar el tabique vaginal. Un diagnóstico precoz es fundamental para eliminar los síntomas y prevenir complicaciones.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.035 Miofibromatosis infantil. Casos clínicos.** Díaz Diñeiro M, Hernández del Arco S, Parrado Villodres R, Primelles Díaz A, Ruiz Orpez A. *Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.*

**Objetivos.** La miofibromatosis es una proliferación mesenquimal a partir de células originadas en el tejido músculo-aponeurótico. Constituyen el 12% de todos los tumores de partes blandas y aparecen con mayor frecuencia en cabeza y el cuello.

**Material y Métodos.** Presentamos tres casos con sospecha radiológica de miofibromatosis.

**Resultados.** La presentación clínica fue similar en todos los casos con aparición de tumoración móvil de crecimiento progresivo. En el primer paciente, de 5 años se observó una lesión solitaria en región cervical posterior, en el segundo paciente de 3 meses se hallaron lesiones múltiples en brazo izquierdo y región dorsal y en el tercer paciente de 5 meses, se encontró una lesión única en flanco izquierdo. Todos los casos presentaron un diagnóstico radiológico de miofibromatosis que sin embargo se confirmó anatomopatológicamente en los dos primeros pacientes, siendo informada la lesión de flanco izquierdo como una enfermedad de Langerhans.

**Conclusiones.** La miofibromatosis infantil es una enfermedad rara, que representa menos del 1% de los tumores de cabeza y cuello. El pronóstico es favorable siendo el manejo conservador. Es necesaria la confirmación anatomopatológica por lo que recomendamos la realización de biopsias por punción de las lesiones, relegando la cirugía reglada a aquellos casos en los que exista riesgo de compresión de estructuras vecinas o bien estudio anatomopatológico no concluyente de la punción biopsia.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.036 Tumor del ligamento falciforme como masa umbilical en el niño.** Albertos Mira-Marcelí N, Gallego Mellado N, Deltell Colomer P, Encinas Goenechea A, Mira Navarro J, Sánchez París Ó, Licerías E, González López F, Martín Hortigüela ME, Navarro de la Calzada C, González Piñera J. *Hospital General Universitario de Alicante*.

**Objetivos.** La presencia de una tumoración umbilical en el niño, nos hace plantearnos el diagnóstico diferencial entre la persistencia del uraco, o la del conducto onfalomesentérico. Sin embargo, existen otras patologías que pueden aparecer en esta localización. Los pecomas son tumores infrecuentes que se originan a partir de las células epiteliales perivasculares. Nuestro objetivo es presentar el caso del paciente más joven con un tumor de células claras miomelanocítico (pecoma), según la literatura revisada.

**Material y Métodos.** Niña de 6 años de edad remitida por tumoración umbilical no dolorosa. En la ecografía abdominal se observó una lesión quística de unos 4x3x4 cm, de contornos bien definidos y paredes gruesas, con flujo doppler en su interior, subyacente al plano muscular anterior con dudosa comunicación con el ombligo. Por lo que el diagnóstico de sospecha fue el de quiste onfalomesentérico.

**Resultados.** Se realizó laparoscopia exploradora mediante puerto subxifoideo, hallando tumoración extraperitoneal bien delimitada de 4 cm incluida en el ligamento falciforme. Ante estos hallazgos, se realizó laparotomía y exéresis completa de la masa. Fue el estudio anatomopatológico, el que permitió el diagnóstico definitivo de tumor de células claras miomelanocíticas del ligamento falciforme, con positividad para HMB45 y CALDESOMON.

**Conclusiones.** 1. Los pecomas son tumores mesenquimales infrecuentes en niños que expresan marcadores miomelanocíticos, como el HMB45. 2. Tienen un comportamiento biológico incierto, la mayoría tienen un bajo grado de malignidad pero pueden ser muy agresivos, dependiendo de sus características histológicas. 3. El beneficio de la quimioterapia no está demostrado. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.037 Cirugía conservadora ecoguiada de tumor testicular bilateral sincrónico de células de Sertoli.** Murcia Pascual FJ, Vázquez Rueda F, Lasso Betancor CE, Granero Cendón R, Castillo Fernández AL, Izquierdo Palomares L. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba*.

**Objetivos.** Presentamos nuestra experiencia en un caso de cirugía ecoguiada con preservación de órgano en un tumor de células de Sertoli bilateral en un niño con sospecha de síndrome de Peutz-Jeghers.

**Material y Métodos.** Varón de 13 años con antecedentes familiares de cáncer de colon y microlitiasis testicular, que consulta por dolor testicular izquierdo agudo. Con el fin de descartar causas de escroto agudo se lleva a cabo ecografía testicular, hallándose múltiples imágenes hiperecogénicas en ambos testículos, dos de mayor tamaño sin sombra acústica. A la exploración física destacan lesiones hiperpigmentadas en mucosa oral y labio inferior, así como ginecomastia bilateral. Ambos testículos de tamaño y consistencia

normales, sin apreciar masas palpables. Solicitamos marcadores tumorales y estudios hormonales, que resultan normales. La RMN abdominopélvica confirma el hallazgo de múltiples imágenes hipointensas correspondientes a la macrocalcificaciones y ambos nódulos bilaterales compatibles con tumor de células de Sertoli. Estudio de extensión sin hallazgos.

**Resultados.** Se practica abordaje inguinal y guiado por ecografía intraoperatoria se procede al marcaje de ambas lesiones. Una vez marcadas se lleva a cabo tumorectomías y toma de biopsias seriadas. Siendo el diagnóstico histológico compatible con tumor de células de Sertoli calcificante de células grande bilateral, sin presentar signos de malignidad.

**Conclusiones.** La cirugía conservadora de órgano debe llevarse a cabo ante tumores testiculares bilaterales, sincrónicos o metacrónicos, y en caso de monorquia, siempre que no existan signos histológicos de agresividad. La ecografía intraoperatoria permite localizar tumores no palpables y facilita la tumorectomía completa, con bordes de resección libres.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.038 Masa paratesticular como hallazgo inicial de infección por tuberculosis. A propósito de un caso.** Requena Díaz MM<sup>1</sup>, Beger Michael F<sup>2</sup>, Fernández Pineda I<sup>1</sup>, Cabello Laureano R<sup>1</sup>, De Agustín Asensio JC<sup>1</sup>. <sup>1</sup>*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*. <sup>2</sup>*Hospital Infantil Dr. von Hauner. Munich, Alemania*.

**Objetivos.** Presentar el caso de un niño afecto de tuberculosis (TBC) genitourinaria diagnosticada tras detectar una masa paratesticular.

**Material y**

**Métodos.** Se presenta un caso obtenido de la práctica quirúrgica diaria. Material bibliográfico obtenido a través de Pubmed.

**Resultados.** Presentamos el caso de un niño de 20 meses de edad de origen rumano con diagnóstico de tumoración paratesticular de 2 meses de evolución inicialmente tratada como epididimitis aguda. Como único antecedente de interés, presentó de forma concomitante una bronquitis leve. A la exploración se palpa epidídimo derecho completo engrosado y de consistencia dura, no doloroso, con teste bien diferenciado del epidídimo y escroto normales. Se realiza una ecografía en la que se evidencian signos de epididimitis. En base a la sintomatología presentada, se decide exploración quirúrgica y biopsia de epidídimo, informada como inflamación granulomatosa crónica y necrosis caseosa sospechosa de TBC. Ante dichos resultados, se completa el estudio radiológico y microbiológico para detectar M. tuberculosis, con diagnóstico final de TBC pulmonar con afectación genitourinaria.

**Conclusiones.** 1. La tuberculosis genitourinaria es la manifestación más frecuente de tuberculosis extrapulmonar, afectando al epidídimo en el 20% de los casos, a pesar de ello, dicha manifestación es excepcional. 2. En nuestra opinión, la biopsia es un método adecuado para el diagnóstico diferencial con otras patologías, especialmente para descartar tumores. 3. El tratamiento consiste en la administración de fármacos antituberculosos, reservando la cirugía en caso de complicaciones.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.039 Cistitis hemorrágica en niños: un gran reto terapéutico.** Gómez Beltrán O<sup>1</sup>, García Ceballos A<sup>1</sup>, Escassi Gil A<sup>1</sup>, Alcoba Conde A<sup>2</sup>, García Martínez E<sup>3</sup>, Antón Gamero M<sup>3</sup>, Rodríguez Villa A<sup>4</sup>, Frías Pérez M<sup>2</sup>. <sup>1</sup>UGC de Cirugía Pediátrica; <sup>2</sup>UGC de Pediatría, Unidad de Cuidados Intensivos; <sup>3</sup>UGC de Pediatría, Unidad de Nefrología Pediátrica; <sup>4</sup>UGC de Hematología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivos.** La cistitis hemorrágica se caracteriza por hematuria sostenida y síndrome miccional, en ausencia de infección urinaria o de sangrado genital. Entre sus causas, destacan quimioterápicos, radioterapia, toxinas, virus. Todos estos factores convergen en los pacientes sometidos a trasplante de médula ósea.

**Material y Métodos.** Se presenta el caso de una paciente con cistitis hemorrágica.

**Resultados.** Niña de 5 años con leucemia linfoblástica, sufre recaída, recibiendo tratamiento de rescate, con ciclofosfamida, más trasplante de precursores hematopoyéticos. Presenta disuria y hematuria macroscópica con coágulos, precisando transfusión. Se pone sonda vesical y se pautan lavados vesicales, con mala respuesta. Se coloca cistostomía con sistema de irrigación continua más anticolinérgicos y esteroides. Persiste la hematuria con coágulos obstructivos, asociándose dilatación ureteropélvica con disminución de la función renal. Se efectúa nefrostomía bilateral. Los urocultivos son positivos para virus BK y JC. Presenta obstrucción de catéteres de nefrostomía y fallo renal. Se adiciona hemofiltración, cistoscopias con lavado vesical, terapia vesical con cidofovir y hialuronidasa. La cistoscopia revela edema generalizado de la pared vesical, obstrucción de los meatos uretrales, sangrado vesical difuso y zonas parcheadas de isquemia mucosa. Se indica embolización vesical selectiva, logrando controlar la hematuria. La paciente presenta deterioro progresivo, shock séptico y fallece.

**Conclusiones.** Pese a que la cistitis hemorrágica es una entidad poco frecuente, representa un gran reto, dada su elevada morbimortalidad (10%-70%) En los pacientes con factores de riesgo deben tenerse en cuenta medidas profilácticas, como, hiperhidratación o alcalinización de la orina. Su tratamiento debe instaurarse siempre de manera multidisciplinaria y escalonada.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.040 Disgenesia gonadal mixta en paciente con criptorquidia.** Morante Valverde R, Cabezalí Barbancho D, Moreno Zegarra C, Tordable Ojeda C, LópezVázquez F, Aransay Bramtot A, Gómez Fraile A. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Los trastornos de diferenciación sexual engloban un amplio grupo de patologías que por su escasa frecuencia pueden ser difíciles de diagnosticar y catalogar.

**Material y Métodos.** Presentamos el caso del diagnóstico de uno de estos trastornos en el seguimiento de una criptorquidia.

**Resultados.** Se trata de un paciente varón de 2 años visto en nuestra Consulta desde el nacimiento por hipospadias de localización peno-escrotal y criptorquidia izquierda. A los 22 meses de edad se realiza exploración laparoscópica en la que se observa gónada izquierda de aspecto distrófico en localización yuxtavesical y ambos

orificios inguinales internos abiertos. Se realiza extirpación de la gónada, colocación de prótesis testicular izquierda y herniorrafia bilateral laparoscópica. En el estudio anatomopatológico no se identifica parénquima testicular, encontrándose una estructura con restos de conducto Mulleriano y Wolffiano y una gónada distrófica en la que coexiste tejido testicular y ovárico inmaduro sin constituir un verdadero ovoteste. Se realiza estudio genético con cariotipo con el resultado de mosaicismo 45 XO/46 XY y un estudio del gen SRY con resultado positivo, lo que orienta a un trastorno del sexo cromosómico tipo Disgenesia gonadal mixta.

**Conclusiones.** Los trastornos de diferenciación sexual son patologías poco frecuentes y su diagnóstico no siempre es fácil. Destacamos la importancia de estudiar detenidamente a los pacientes con criptorquidia que tengan otras alteraciones genitales como hipospadias y derivarlos para una valoración endocrinológica y sindromológica adecuada.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.041 Mismo cariotipo, diferente sexo: ¿existe el SD Turner con mosaicismo cromosómico 45XO/46XY?** Marijuán Sahuquillo V, Fernández Córdoba MS, Ruiz Cano R, Hernández Anselmi E, González Piñera J. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**Objetivos.** Las alteraciones de la diferenciación sexual (ADS) tras el consenso internacional de 2006 se diferencian en tres grandes grupos: ADS con anomalías de los cromosomas sexuales, ADS con cariotipo 46XX y ADS con cariotipo 46XY, dentro del primer grupo un cariotipo 45XO/46XY se cataloga como Disgenesia gonadal mixta (DGM). Presentamos dos casos de reciente aparición en nuestro centro 45XO/46XY, los cuales hemos tipificado con diferente diagnóstico.

**Material y Métodos.** *Caso 1:* Paciente fenotípicamente varón de 4 meses remitido por criptorquidia e hipospadias. A la exploración teste izquierdo en bolsa, teste derecho no palpable e hipospadias interesrotal severo. Se solicita cariotipo con resultado 46XY/45XO, diagnosticando al paciente de DGM. *Caso 2:* Paciente de 6 años con fenotipo femenino, estudiada por talla baja en endocrinología con cariotipo 45XO/46XY. Ante la sospecha de síndrome de Turner (ST) con mosaicismo cromosómico se prescribió hormona de crecimiento que no ha sido aprobada por considerarse una DGM.

**Resultados.** *Caso 1:* Se realizó laparoscopia exploradora encontrando cintilla gonadal derecha, tras su exéresis el tejido estaba constituido por estroma ovárico, trompa y epidídimo. *Caso 2:* Mediante laparoscopia se observó cintillas gonadales rudimentarias. Tras su exéresis y estudio anatomopatológico apreciamos estroma ovárico inactivo colagenizado sin ovocitos, folículos ni túbulos seminíferos.

**Conclusiones.** Se ha sugerido una estrecha relación entre DGM y ST. Se ha observado más riesgo de malignización de las gónadas en fenotipos masculinos, pero menor índice de gónadas funcionantes en femeninos. Consideramos importante diferenciarlos ya no solo para valorar el riesgo de gonadoblastoma sino también para poder realizar otros tratamientos sustitutivos.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.042 Adenoma paratiroideo supranumerario de localización tímica.** Galbarriatu Gutiérrez A<sup>1</sup>, Álvarez Martínez L<sup>1</sup>, Guayambuco Romero S<sup>2</sup>, Grau G<sup>3</sup>, Ruiz Aja E<sup>1</sup>, Solaetxe Prieto N<sup>1</sup>, Medrano Méndez L<sup>1</sup>, Torres Piedra C<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica; <sup>2</sup>Servicio Medicina Nuclear; <sup>3</sup>Servicio de Pediatría, Unidad de Endocrinología. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizcaia.

**Objetivos.** La hipercalcemia en la edad pediátrica producida por un hiperparatiroidismo primario es una rara entidad que debe incluir el estudio cuidadoso del sistema glandular paratiroideo y sus posibles variantes.

**Material y Métodos.** Varón de 13 años con cólico renal izquierdo secundario a litiasis ureteral distal izquierda en contexto de hipercalcemia moderada (9,3 mg/dl). Se completa estudio con niveles de PTH (> 400 pg/ml), ecografía y gammagrafía-MIBI, hallándose una tumoración en región paratiroidea inferior izquierda.

**Resultados.** Se realiza cervicotomía horizontal baja encontrándose una masa de 1,5 x 2 cm en íntimo contacto con glándula tímica y paratiroides inferior ipsilateral. Se procede a la extirpación de la masa y paratiroide con control de PTH intraoperatoria (descenso a 100 ng/dl a los 5 minutos) e identificación del nervio laríngeo recurrente. La anatomía patológica confirma la extirpación completa de adenoma paratiroideo (3.110 mg) rodeado de tejido tímico y glándula paratiroides normal. Durante el postoperatorio presentó una hipocalcemia transitoria controlada con análogos de vitamina D. En la gammagrafía de control a los 2 meses se evalúa normofunción del resto de

**Conclusiones.** La mayoría de los hiperparatiroidismos primarios esporádicos se manifiestan como adenomas de glándula paratiroidea eutópica, seguidos de la hiperplasia y el carcinoma glandular. Ante un paciente con litiasis renal la presencia de hipercalcemia obliga a descartar dicha patología. La cirugía de las glándulas paratiroides implica una exploración quirúrgica metódica junto con monitorización de PTH intraoperatoria e identificación del laríngeo recurrente. La colaboración con endocrinología y medicina nuclear es precisa para el correcto manejo pre y postoperatorio de estos pacientes.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.043 Hendidura cervical anterior: Malformaciones asociadas.** Vilanova Sánchez A, Sánchez Galán A, López Fernández S, Hernández Martín S, Ros Mar Z, López Gutiérrez JC. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

**Objetivos.** La hendidura de la línea media cervical anterior es una anomalía congénita que forma parte de un espectro de síndromes debidos a defectos en la migración de células derivadas de los arcos branquiales. Recientemente se han identificado varios genes implicados en su aparición (SIX5 y PAPP) asociándose con frecuencia a otros trastornos de la migración branquial. La indicación quirúrgica es cosmética y preventiva de la contractura cervical requiriendo la extirpación completa de la hendidura y el cierre del defecto mediante Z-plastias.

**Material y Métodos.** Se revisan las historias de 5 pacientes, todos menores de 5 años, con diagnóstico de hendidura cervical anterior

entre los años 1990 y 2010 con el fin de estudiar las malformaciones asociadas y el resultado quirúrgico.

**Resultados.** Un paciente presentaba un síndrome de primer arco branquial, paladar ojival y quiste tirogloso junto con clinodactilia de 5º y 2º dedo, el segundo solo quiste tirogloso, el tercero presentó un quiste broncogénico asociado, el cuarto una fistula branquial que debutó 15 años después de la intervención de la hendidura y el último se diagnosticó de Sd. de Van der Wouden por la presencia de dos fistulas labiales inferiores. La retracción fue corregida definitivamente en 4 casos. Uno necesitó reintervención a los 3 años por recidiva.

**Conclusiones.** El recién nacido con HCA debe ser evaluado a la búsqueda de anomalías asociadas. Es imprescindible un estudio genético con extracción y conservación de ADN de tejido afecto. El tratamiento debe ir encaminado a obtener extensión cervical completa con la mínima secuela cosmética.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.044 Hendidura cervical media congénita: a propósito de un caso.** Díaz Moreno E, Muñoz Miguelsanz M<sup>ª</sup>A, Padilla García MA, García Gómez M, Ruiz Montes AM. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** La hendidura cervical media es una malformación congénita, cuya lesión principal es una hendidura longitudinal en la línea media ventral del cuello, de longitud y anchura variables, y situada en cualquier punto entre el manubrio esternal y el mentón. Afecta a la piel y al tejido subcutáneo, y puede asociar un apéndice cutáneo en su porción craneal, un seno en su porción distal y un cordón fibroso. Su incidencia es de aproximadamente 1,7% de todas las malformaciones congénitas cervicales.

**Material y Métodos.** Presentamos el caso clínico de un paciente de 8 meses de edad, originario de Mali, que presenta una lesión en línea media cervical de 5 cm situada entre el pliegue cervical superior y la foseta supraesternal. En su extremo superior presenta un doble mamelón cutáneo (nódulo fibroepitelial), y en el inferior un seno con un trayecto ciego de aproximadamente 1 cm de profundidad en dirección caudal. Se realizó tratamiento quirúrgico, con extirpación completa de la lesión y cierre del defecto mediante triple Z-plastia, como prevención de la cicatriz retráctil que con frecuencia genera.

**Resultados.** La evolución clínica y cosmética fue favorable. El estudio histológico de la lesión evidenció un epitelio escamoso estratificado con acantosis y paraqueratosis.

**Conclusiones.** El diagnóstico de la hendidura cervical media congénita es fundamentalmente clínico y se confirma con los hallazgos histológicos. El tratamiento de la lesión consiste en la escisión completa de la lesión y cierre cutáneo con Z-plastia múltiple.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.045 Tumoración paraesofágica atípica.** Rodríguez de Alarcón García J, De Mingo Misena L, Morató Robert P, Souto Romero H, Espinoza Vega ML, Rico Espiñeira C, Ollero Caprani JM. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

**Objetivos.** Presentamos un caso de tumoración paraesofágica "atípica" sospechosa de malignidad.

**Material y Métodos.** Paciente varón de 11 años, internado en centro de menores, con trastorno generalizado del desarrollo, déficit cognitivo y ausencia de lenguaje verbal, que es remitido a nuestro centro tras parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria. A la exploración presenta tumoración laterocervical de consistencia pétreo, de 4 cm de diámetro, radiopaca en radiografía de tórax. El diagnóstico citológico (PAAF) es compatible con tumor indiferenciado de células pequeñas redondas y azules. Tras la realización de TAC y RMN, se confirma la existencia de una masa hiperdensa localizada en región paratraqueal izquierda en íntimo contacto con la pared esofágica, imagen sugerente de cuerpo extraño. Ante los hallazgos radiológicos y la evidencia de salida de contenido alimenticio por tubo endotraqueal, con la sospecha de fístula traqueoesofágica, se programa intervención quirúrgica junto a

**Resultados.** La broncoscopia confirma la existencia de fístula traqueoesofágica lateral de 1,5 cm de longitud y mediante esofagoscopia se demuestra gran cuerpo extraño (piedra; 5 cm de diámetro) impactado en la luz esofágica, que se extrae mediante abordaje laterocervical izquierdo, asociado a la sutura del trayecto fistuloso. El curso postoperatorio fue favorable, con alta hospitalaria a los 20 días de la intervención quirúrgica. Al año de evolución, el paciente se encuentra asintomático, sin secuelas ni complicaciones.

**Conclusiones.** 1. Señalamos la importancia de la existencia de trastornos conductuales en toda sospecha diagnóstica que pueda sugerir ingestión o aspiración de cuerpos extraños. 2. Se confirma la necesidad de completar el diagnóstico anatomopatológico por PAAF.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.046 Estenosis esofágicas cáusticas y prótesis esofágicas autodigeribles. Experiencia individual.** Souto Romero H, Alonso Calderón JL, Ollero Caprani JM, Rodríguez de Alarcón J, Espinoza Vega ML, Espinosa Góngora R, Riñón Pastor C. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

**Objetivos.** Ingestión accidental de cáusticos es frecuente en pediatría, siendo la estenosis esofágica (EE) la complicación tardía más frecuente. En la mayoría de series se publican éxitos de hasta el 80% utilizando balones de dilatación, existiendo un bajo porcentaje que requieran tratamiento quirúrgico. En los últimos años se ha intentado el uso de prótesis esofágicas para tratar estas estenosis rebeldes a dilataciones. Exponemos nuestra experiencia sobre ello.

**Material y Métodos.** Paciente que a los dos años ingirió una sustancia cáustica desarrollando dos EE, una en tercio proximal y otra en tercio medio de esófago. Tras ser sometido a 41 dilataciones esofágicas hidráulicas con balón y procedimiento antireflujo se corrigió la estenosis superior. Ante la persistencia de la estenosis media se decide colocar a la edad de 5 años una prótesis autodigerible

**Resultados.** El proceso de auto digestión de la prótesis esofágica provocó una esofagitis inflamatoria que perjudicó notablemente la esofagitis caustica preexistente con recurrencia de la estenosis del tercio superior. Precisó nuevo procedimiento antireflujo y varias sesiones de dilataciones. Actualmente el paciente se encuentra asintomático, permaneciendo casi un año sin necesidad de dilatación.

**Conclusiones.** 1. Las dilataciones con balón son el mejor tratamiento para las estenosis cáusticas de esófago. 2. Pocos casos requieren tratamiento quirúrgico debiendo individualizarse cada caso.

3. Aunque el uso de prótesis está establecido para determinados tipos de estenosis, en nuestra experiencia su uso en las cáusticas no ha demostrado buen resultado.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.047 Duplicación gastroesofágica asociada a secuestro pulmonar. Descripción de dos casos.** Sánchez Galán A, Vilanova A, Romo Muñoz MI, Chocarro Amatriain G, Andrés Moreno AM, Martínez Martínez L, Tovar Larrucea JA. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Los secuestros pulmonares y las duplicaciones digestivas son raras y pueden asociarse como testimonio de un trastorno del desarrollo del intestino anterior. En este trabajo describimos nuestra experiencia en esta asociación.

**Material y Métodos.** Revisamos los pacientes tratados en nuestro servicio desde el año 2000. Aplicados los métodos de diagnóstico necesarios en cada caso. El tratamiento pretendió extirpar el tejido pulmonar anómalo y extirpar o comunicar las duplicaciones digestivas con la luz principal.

**Resultados.** Estos 12 años tratamos 2 pacientes. El primero tenía una duplicación tubular esofagogástrica ulcerada comunicada distalmente con el estómago y un secuestro intralobar derecho irrigado por una gruesa arteria de origen aórtico. La duplicación esofágica se extirpó y su continuación distal se abrió al estómago a través de una gastrotomía. El secuestro se extirpó por toracotomía. El segundo paciente fue operado al nacer de una HDC izquierda sin saco encontrándose un secuestro extralobar en el reborde del orificio que se cerró con un parche. Ulteriores exploraciones mostraron una duplicación quística del fundus gástrico que comunicaba con una pequeña masa extralobar en la base del hemitórax derecho. Se extirparon por laparotomía el quiste, el bronquio comunicante y el secuestro que recibía un vaso de origen aórtico. Ambos pacientes están asintomáticos.

**Conclusiones.** Aparatos respiratorio y digestivo comparten un origen embrionario común, con cronología paralela durante el desarrollo. Una emergencia anómala de una yema traqueal a partir del intestino anterior, que en estos casos estaba duplicado, explica la presencia de tejido pulmonar ectópico vascularizado por la aorta.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.048 ¿Gastrotórax o neumotórax? Un reto diagnóstico.** Carrera Guermeur N, Martín-Crespo Izquierdo RM, Ramírez Velandia HJ, Luque Mialdea R. *Complejo Hospitalario de Toledo.*

**Objetivos.** El gastrotórax es una manifestación aguda y grave de una hernia diafragmática congénita de presentación tardía en la que el estómago se introduce en el tórax a través de un defecto diafragmático y se distiende masivamente provocando el colapso pulmonar ipsilateral. Su baja incidencia y su presentación como distress respiratorio agudo se asocian con frecuencia a un diagnóstico erróneo de neumotórax masivo. Presentamos un caso de gastrotórax y subrayamos la importancia del diagnóstico diferencial con el neumotórax.

**Material y Métodos.** Varón de 2 años de edad, con dificultad respiratoria súbita, taquicardia, palidez y sudoración, sin patología previa. A la auscultación destaca hipoventilación en hemitórax izquierdo, y en la radiografía de tórax se sospecha neumotórax a tensión. La colocación de un drenaje torácico no evidencia fuga aérea ni mejoría radiológica, realizándose un TAC toracoabdominal que revela una hernia diafragmática posterolateral izquierda con estómago intratorácico con gran nivel hidroaéreo, colapso pulmonar izquierdo y desplazamiento mediastínico.

**Resultados.** Se introduce una sonda nasogástrica en estómago mejorando la dificultad respiratoria. Se interviene quirúrgicamente, hallando un defecto diafragmático de 3 cm con estómago íntegro enormemente dilatado y bazo intratorácicos, reduciéndose el contenido y lográndose el cierre

**Conclusiones.** El gastrotórax a tensión debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial ante un paciente previamente sano con dificultad respiratoria aguda grave sin antecedente traumático. Es vital la adecuada interpretación de la radiografía de tórax para realizar un diagnóstico correcto. El objetivo del diagnóstico precoz radica en evitar la morbilidad de un error diagnóstico y en el tratamiento temprano de una patología potencialmente letal.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.049 Doble colgajo intercostal para la reparación de lesión extensa del esófago.** Estevão-Costa J<sup>1</sup>, Frago Ac<sup>1</sup>, Magalhães A<sup>1</sup>, Casanova J<sup>2</sup>, Alvarenga A<sup>1</sup>, Lopes-Santos J<sup>1</sup>, Lamas-Pinheiro R<sup>1</sup>, Campos M<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Serviço de Cirurgia Pediátrica, <sup>2</sup>Serviço de Cirurgia Torácica. Hospital São João. Faculdade de Medicina. Porto, Portugal.

**Objetivos.** El colgajo pediculado de músculo intercostal es de uso frecuente en adultos, como un complemento de cierre de muñones bronquiales. En los niños, se ha descrito en el tratamiento quirúrgico de la fístula traqueoesofágica y defectos diafragmáticos.

**Material y Métodos.** Presentamos un caso de un niño con 10 años observado por disfagia y fiebre con examen físico irrelevante. Tenía antecedentes de disfagia con un episodio de impactación alimentaria. La endoscopia ha revelado "compresión extrínseca" del esófago. La TC ha mostrado una imagen nodular retro-traqueal (85x30 mm) sugestiva de quiste broncogénico infectado. Durante la toracotomía se confirmó la presencia de una masa inflamatoria extensa sin plano de clivaje con el esófago, que implicó la escisión en bloque de la pared del esófago hasta la submucosa en una longitud de 8-10cm. Descartando la derivación esofágica, se ha optado por llevar a cabo dos colgajos pediculados de músculo intercostal posterior (3º y 4º) sin periostio.

**Resultados.** Inició la alimentación oral en el 5º día, sin complicaciones. El examen histológico no fue concluyente. Con 5 años de seguimiento, el paciente se alimenta sin restricciones y no tiene deformidad torácica. El esofagograma demuestra lumen irregular pero con buena progresión del contraste.

**Conclusiones.** El colgajo de pedículo intercostal es una alternativa viable para la reparación de defectos de la pared del esófago, que pueden evitar la realización de derivación/ reemplazo esofágico.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.050 Colgajo de intercostal pediculado para refuerzo del cierre de fístula broncopleural secundaria a cirugía exéretica pulmonar.** Vega Mata N, López López AJ, Montalvo Ávalos C, Oviedo Gutiérrez M, Álvarez Muñoz V, Aragón Valverde J. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

**Objetivos.** Se expone un mecanismo de refuerzo mediante el uso de un colgajo de músculo intercostal para el cierre del defecto bronquial secundario a una complicación precoz en la cirugía resectiva pulmonar.

**Material y Métodos.** Se presenta un niño de 11 años que al décimo-tercer día postoperatorio tras una lobectomía superior derecha vía toracotomía videoasistida para exéresis de un quiste bronco génico infectado presenta fiebre y hemoptisis. El diagnóstico de fístula broncopleural se confirma mediante una radiografía torácica y posteriormente una tomografía axial computarizada. Se realiza una toracotomía para limpieza de detritus y fibrina, decorticación así como nuevo cierre bronquial mediante una endograpadora TA bronquial proximal a la fístula existente en el muñón bronquial remanente. Se refuerza el sellado mediante un colgajo de músculo intercostal. Se colocan dos tubos de tórax y tratamiento antibiótico de amplio espectro.

**Resultados.** Nuestro paciente evoluciona favorablemente por lo que recibe el alta al décimo-noveno día posquirúrgico tras comprobación radiológica de la resolución de la complicación.

**Conclusiones.** La utilización de los colgajos vascularizados para el refuerzo del cierre de la fístula broncopleural tras cirugía exéretica pulmonar es inhabitual en el entorno pediátrico. Dentro de las diversas posibilidades, el colgajo de músculo intercostal presenta unas características óptimas por su localización topográfica, facilidad de confección, viabilidad y tamaño.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.051 Derrame pleural: ¿una urgencia quirúrgica abdominal?** Simal Badiola I, Corona Bellostas C, Tardáguila Calvo AR, Zornoza Moreno M, Rojo Díez R, Angulo Madero JM. Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** La hernia diafragmática de Bochdalek se diagnostica habitualmente en período perinatal. De lo contrario, suelen permanecer asintomáticas siendo diagnosticadas de manera incidental. Presentamos un caso de aparición tardía que debutó como una urgencia quirúrgica.

**Material y Métodos.** Lactante de 10 meses derivada a nuestro centro por derrame pleural, con vómitos biliosos y dolor abdominal sin presencia de fiebre. A la exploración física destaca mal estado general con importante distensión abdominal y ausencia de ventilación en hemitórax izquierdo. En la radiografía toracoabdominal aportada de su centro de origen, se aprecia derrame pleural izquierdo masivo con desplazamiento mediastínico contralateral y dilatación importante de asas abdominales colónicas. Con la sospecha diagnóstica de hernia diafragmática estrangulada, se realiza una ecografía torácica donde se observa el derrame descrito y la presencia de un asa intestinal en tórax.

**Resultados.** Se realiza laparotomía media supraumbilical, con hallazgo de pequeño defecto diafragmático posterolateral izquierdo, que fue necesario ampliar para reducir el contenido intestinal, con

el ángulo esplénico del colon estrangulado en cavidad torácica. Se realiza resección del segmento necrosado, anastomosis terminoterminal y cierre del defecto diafragmático. Presenta buena evolución postoperatoria, reiniciando tolerancia oral sin incidencias y controles radiológicos posteriores normales.

**Conclusiones.** La presentación tardía de la hernia diafragmática de Bochdalek como una urgencia quirúrgica es extremadamente rara. Sin embargo, forma parte del diagnóstico diferencial del abdomen agudo asociado a derrame pleural. El diagnóstico precoz permite un tratamiento quirúrgico adecuado reduciendo la morbilidad.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.052 El síndrome de tortuosidad arterial y su relevancia en la cirugía pediátrica.** García-Núñez B, Riba Martínez M, Sánchez Vázquez B, Brun Lozano N, San Vicente Vela B, Rigol S, Mesa JC, Aspiazu Salinas D, Bardaji Pascual C. *Corporació Sanitaria i Universitaria Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).*

**Objetivos.** El síndrome de tortuosidad arterial (STA) es un trastorno autosómico recesivo muy raro del tejido conectivo. Está causado por mutaciones en el gen SLC2A10, que codifica el transportador de glucosa 10 (GLUT10) y caracterizado por una tortuosidad y elongación anormal de las arterias de medio y gran calibre, y una predisposición para la formación de aneurismas, la disección vascular y la estenosis de las arterias pulmonares. También asocia alteraciones variables en el tejido conectivo del resto del organismo, como por ejemplo, la aparición de hernias de diferente localización.

**Material y Métodos.** Presentamos el caso de un recién nacido con diagnóstico de STA confirmado genéticamente, con diversas malformaciones vasculares, una hernia de hiato gigante, y una hernia inguinal bilateral, que fue intervenido a los 3 meses de vida debido a un importante distress respiratorio.

**Resultados.** Se practicó el abordaje quirúrgico mediante toracotomía derecha (por la gran tortuosidad de la aorta que englobaba a la hernia), practicando herniorrafia y técnica antirreflujo de Belsey-Mark IV. En cuanto a las hernias inguinales, éstas eran indirectas, y fueron intervenidas hasta en 4 ocasiones por múltiples recidivas, siendo necesaria la colocación de una malla de polipropileno en la última ocasión.

**Conclusiones.** El cirujano pediátrico debe conocer esta rara entidad dada la tendencia de estos niños a presentar hernias de difícil tratamiento y alta probabilidad de recidiva, por la alteración propia del tejido conectivo de estos pacientes, pudiendo ser necesario en ocasiones puntuales el empleo de material protésico para su correcto y definitivo tratamiento.

*Forma de presentación: Póster*

#### ÁREA: CIRUGÍA GENERAL IV

- **P.053 Protocolo de petición de analítica preoperatoria en pacientes pediátricos ASA I-II para cirugía ambulatoria en nuestro centro.** Martínez Criado Y, Reina R, Delgado Cotán L, Soares Medina A, De Agustín Asensio JC. *Hospitales Universitarios Virgen del Rocío-Virgen Macarena. Sevilla.*

**Objetivos.** Existen múltiples intervenciones en cirugía pediátrica que se podrían llevar a cabo sin analítica previa, una vez valorado la historia familiar, personal y la exploración física. Aunque somos conscientes de la dificultad de llevar a cabo un cambio de actitud, creemos que se podría empezar a prescindir de analítica en determinados procesos quirúrgicos.

**Material y Métodos.** Seleccionamos por consenso procesos de cirugía mayor ambulatoria pediátrica con baja agresividad quirúrgica, donde se podría prescindir de analítica previa: incisión y drenaje de abscesos; frenectomía sublingual; fibrobroncoscopia y esofagoscopia; herniotomía inguinal e inguino-escrotal; herniorrafia epigástrica y umbilical; exéresis de quistes sebáceos y otras lesiones subcutáneas; retirada de reservorio intravenoso y curetaje de heridas. Los pacientes susceptibles han de ser mayores de 6 meses y ASA I-II. Se considera imprescindible una valoración preanestésica previa, dejando la decisión final de petición de analítica al anestesiólogo responsable, si la historia clínica y la exploración física así lo aconsejan.

**Resultados.** Este protocolo de actuación se está llevando a cabo en nuestro centro desde de Marzo de 2012, sin incidencias. Con esta práctica logramos: - Una estancia hospitalaria más confortable (evitando pinchazos, malas experiencias); - Menor demora en la espera quirúrgica; - Protocolos ajustados a las nuevas recomendaciones de las principales asociaciones de anestesia pediátrica; - Reducción de costes.

**Conclusiones.** En un futuro conforme aumente la experiencia y la confianza profesional, se podría ampliar el abanico de procedimientos quirúrgicos pediátricos realizados siguiendo nuestro protocolo, siempre tras una valoración integral preanestésica previa.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.054 Resultados largo plazo del tratamiento de las malformaciones linfáticas mediante esclerosis con OK-432.** Jiménez Crespo V, Martínez Criado Y, Delgado Cotán L, De Agustín Asensio JC. *Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** El tratamiento de elección de las malformaciones linfáticas es la esclerosis. Entre las sustancias utilizadas se encuentra el OK-432. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia con dicho tratamiento.

**Material y Métodos.** Revisión de los pacientes con diagnóstico de malformación linfática, tratados mediante esclerosis con OK-432 en nuestro centro. Los procedimientos se realizaron bajo anestesia general mediante control ecográfico.

**Resultados.** Hemos tratado 14 pacientes. Se han realizado en total 23 procedimientos. 1,6 infiltraciones de media por paciente. Los resultados han sido satisfactorios en el 79% de los casos. Hemos recogido 3 casos de complicaciones. En la mayoría de los casos aparece fiebre que cede con antitérmicos, un caso de sangrado y otro de sobreinfección. Los casos con mejor respuesta son los de malformaciones macroquísticas.

**Conclusiones.** La esclerosis con OK-432 ofrece una alta tasa de resultados a largo plazo satisfactorios con un mínimo porcentaje de complicaciones, por lo que hoy en día se considera opción de primera línea en el tratamiento de la malformación linfática fundamentalmente macroquística.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.055 ¿Qué sospechar ante tumoraciones que cambian de localización?** Ramos García JL, Suñol Amilibia M, Arranz Arana L, Villalón Ferrero F, Álvarez García P, Eizaguirre Sezmi I. *Hospital Donostia*.

**Objetivos.** La Fibrodisplasia Osificante Progresiva (FOP) es un trastorno genético, con incidencia de 1/200.000 individuos, caracterizado por la osificación progresiva e irreversible de tejidos blandos. El diagnóstico de sospecha es clínico y radiológico, confirmándose con el estudio genético molecular. A pesar de que no tiene tratamiento, el diagnóstico temprano ayuda a aliviar con analgésicos y corticoides los brotes de la enfermedad.

**Material y Métodos.** Niña que a los 8 meses presenta tumoración occipital, que desaparece espontáneamente. Cuatro meses más tarde nuevo episodio similar, con una tumoración cervical que también regresa. Ya a los 2 años consulta de nuevo por cuadro de quince días de evolución de fiebre, limitación de la movilidad cervical y tumoración blanda, móvil, de contorno mal definido, de 5 x 7 cm a nivel de omóplato izquierdo, que evoluciona disminuyendo de tamaño y consistencia. A la semana nueva tumoración paravertebral izquierda de similares características. En la exploración encontramos: limitación en los movimientos de lateralidad del cuello, tumoración blanda sobre omóplato izquierdo y otra en zona paravertebral izquierda, clinodactilia del dedo meñique de ambas manos y hallux valgus bilateral.

**Resultados.** Los estudios radiológicos de las tumoraciones confirmaron la calcificación de la musculatura. El estudio genético mostró el cambio nucleotídico (c.617G> A), en heterocigosis, descrito como la mutación más frecuente asociada al desarrollo de FOP.

**Conclusiones.** La asociación de Hallux valgus congénito bilateral, Clinodactilia bilateral de los meñiques, con nódulos múltiples en los tejidos blandos es altamente sugestiva de Fibrodisplasia Osificante Progresiva.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.056 Tratamiento quirúrgico de la costilla cervical accesoria sintomatológica.** García-Núñez B, Brun Lozano N, Sánchez Vázquez B, Riba Martínez M, San Vicente Vela B, Bardají Pascual C. *Corporació Sanitaria i Universitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)*.

**Objetivos.** La costilla cervical accesoria (CCA) es una anomalía congénita poco frecuente, consistente en una costilla adicional uni o bilateral, que surge de la séptima vértebra cervical por encima de la primera costilla dorsal. Su presencia puede asociar un síndrome que viene determinado por la compresión mecánica del tronco inferior del plexo braquial (debilidad, parestesias) y de la arteria subclavia (cianosis, hipotermia, e incluso atrofia muscular) al quedar atrapadas estas dos estructuras, entre la CCA y el músculo escaleno. También puede ocasionar dolor crónico, tromboembolismo, isquemia aguda, aneurisma post-estenótico y trombosis. La sintomatología suele iniciarse habitualmente en la adolescencia. El diagnóstico se confirma mediante una radiografía cervicotorácica que objetive la presencia de una CCA. El tratamiento consiste en su resección.

**Material y Métodos.** Presentamos el caso de un joven de 13 años con una CCA bilateral con signos de compresión del plexo braquial derecho a modo de parestesias en la extremidad superior correspon-

diente, de más de dos años de evolución. En la exploración física visual, se objetiva la presencia de dos tumoraciones duras a nivel laterocervical inferior. Radiográficamente se confirma que corresponden a una CCA bilateral. Mediante una pequeña incisión cervicolateral transversa bilateral, se reseccó un fragmento de aproximadamente 2 cm de cada una de ellas en su porción más anterior, donde ambas presentaban una sinostosis completa con la primera costilla dorsal.

**Resultados.** El tratamiento quirúrgico logró una remisión completa de la sintomatología.

**Conclusiones.** La mera resección quirúrgica de la porción anterior de la CCA, es suficiente para evitar la sintomatología compresiva vasculonerviosa en estos pacientes.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.057 Pulmón esofágico asociado a estenosis traqueal congénita: presentación de un caso y revisión de la literatura.** Soares Ar, Berger M, Matute JA, Aspiazu D, Jiménez V, De Agustín JC. *Hospital Universitario Infantil Virgen del Rocío. Sevilla*.

**Objetivos.** El pulmón esofágico (PE) es un tipo raro de malformación bronco-pulmonar comunicante con el intestino anterior. Presentamos un caso de PE asociado a estenosis traqueal congénita (ETC) y revisión de la literatura.

**Material y Métodos.** RNPT de 33 semanas de edad gestacional y 1900 gramos, de 2 meses de edad, con infecciones del tracto respiratorio inferior recurrentes e insuficiencia respiratoria severa desde el nacimiento. La TC torácica y el esofagograma baritado revelan el nacimiento del BPD desde el tercio esofágico inferior. Mediante fibrobroncoscopia flexible identificamos ETC en embudo afectando al tercio inferior de la tráquea.

**Resultados.** En el mismo acto quirúrgico bajo CEC con parada cardíaca, se reinsertó el BPD a nivel de la neocarina y se realizó una traqueoplastia deslizada. Durante el postoperatorio tardío, el paciente desarrolló una fuga aérea severa con rápido deterioro clínico. Reexplorado bajo CEC, se identifica dehiscencia completa de la anastomosis broncopulmonar. La línea de sutura de la traqueoplastia deslizada estaba intacta. El paciente no toleró la salida de la CEC falleciendo intraoperatoriamente.

**Conclusiones.** - La combinación de PE y ETC es una anomalía congénita extremadamente rara, y sólo 11 casos, incluyendo el presente, se recogen en la literatura. Más de la mitad de estos se asocian a atresia esofágica. - Las opciones de tratamiento son neumonectomía versus reconstrucción bronquial con reconstrucción traqueal realizada simultáneamente o por pasos. - Aunque la literatura es escasa, parece que una reparación por pasos es favorable en comparación con una reparación simultánea

*Forma de presentación: Póster*

- **P.058 Uso de terapia VAC para cierre de pared abdominal en un caso de gastrosquisis con derivación intestinal.** Tardáguila Calvo AR, Simal Badiola I, García-Casillas MA, Zornoza Moreno M, Rojo Díez R, Corona Bellostas C, Peláez Mata D, Fanjul Gómez M, De Tomás y Palacios E<sup>1</sup>, Molina Hernando E, Cerda Berrocal JA\*. *Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón. Madrid. \*Jefe Sección Cirugía Pediátrica.*

**Objetivos.** El cierre de la pared abdominal en la gastrosquisis supone un reto quirúrgico para el cirujano, que se ve acentuado cuando el paciente es portador de una derivación intestinal. La terapia de presión negativa, VAC, puede convertirse en la opción menos agresiva y más efectiva para afrontar el cierre abdominal en estos complejos pacientes.

**Material y Métodos.** Presentamos el caso de un recién nacido pretérmino con diagnóstico prenatal de gastrosquisis, con herniación de estómago, bazo, parte de hígado y todo el paquete intestinal. Al nacimiento se coloca un silo y se reduce progresivamente el contenido, siendo imposible el cierre cutáneo de la pared. Además precisa derivación intestinal en cañón de escopeta por perforación ileal. Ante la falta de pared abdominal para afrontar un cierre primario, se decide la colocación de un dispositivo VAC.

**Resultados.** La colocación en la pared del dispositivo y su manejo resultaron fáciles a pesar de la existencia de ostomías, manteniéndose durante 5 días. Posteriormente se realizaron curas locales con antiséptico local, consiguiéndose la epitelización completa de la pared abdominal a los dos meses del nacimiento. Finalmente se reconstruyó el tránsito intestinal sin incidencias.

**Conclusiones.** El uso de terapia VAC en neonatos es, en nuestra experiencia, seguro y eficaz, incluso en pacientes portadores de ostomías. Supone una opción muy válida en casos con mínima pared abdominal sana, siendo incluso de elección en aquellos pacientes portadores de derivaciones intestinales. El tejido de granulación inducido es, en muchos casos, suficiente para cerrar el defecto.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.059 Tratamiento de bridas amnióticas mediante W plastia de Ombredanne modificada.** Leal Escamilla R<sup>1</sup>, García Avellanas R<sup>2</sup>, Albert A, Góngora Ada M, Parri FJ. <sup>1</sup>Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Clínic de Valencia.

**Objetivos.** Mostrar la utilidad de la W plastia de Ombredanne modificada para ganar longitud sin perder altura ni trasponer colgajos al reparar cicatrices circulares.

**Caso clínico.** Lactante de 4 meses, trillizo, con antecedente de amniocentesis diagnóstica, en tratamiento con propranolol desde los 2 meses por hemangioma en la frente. Presenta cicatriz circular con constricción progresiva en la unión del 1/3 superior con los 2/3 inferiores de la pierna izquierda, inadvertida al nacimiento, no complicada.

**Técnica.** La plastia elegida fue una incisión circular de piel y subcutáneo, incisiones transversas de 1ª aproximadamente 1 cm. liberación de éstos colgajos casi cuadrados y resección de una punta en cada colgajo y la opuesta en el colgajo enfrentado. Se consigue una sutura en sierra o W plastia circular, sin rotación, sin trasposición de los colgajos, que preserva al máximo la vascularización; la resección de piel es muy limitada, contribuyendo al cierre sin tensión, con la máxima cantidad de tejido posible.

**Evolución.** La cicatriz es blanda y remite el linfedema distal. A las 2 semanas se diagnostica una 2ª brida amniótica en 1/3 inferior de la misma pierna, que había pasado inadvertida y produce hacer linfedema del dorso del pie, sin otros síntomas. Se trata con W plastia a los 2 meses de la 1ª intervención, también con resultado muy bueno.

**Conclusiones.** La W plastia con colgajos cuadrangulares de

punta recortada aporta piel bien vascularizada en abundancia a la zona de constricción. Puede aplicarse también a la reconstrucción prepucial en la balanitis xerótica obliterans.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.060 Dolor abdominal postcolecistectomía.** Tardáguila Calvo AR, Simal Badiola I, Peláez Mata D, Zornoza Moreno M, Rojo Díez R, Fanjul Gómez M, Corona Bellostas C, García-Casillas MA, Molina Hernando E, Cañizo López A, Cerda Berrocal JA\*. *Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón. Madrid. \*Jefe de Servicio Cirugía Pediátrica.*

**Objetivos.** La patología vesicular, a pesar del aumento en su incidencia, sigue siendo infrecuente en los niños. La existencia de dolor tras colecistectomía supone un dilema terapéutico en estos pacientes por sus muchas etiologías, entre ellas la existencia de cálculos retenidos en la vía biliar. Puede ocurrir tras colecistectomía por cualquier abordaje, siendo más frecuente tras laparoscópica. El avance técnico en los últimos años ha permitido optimizar su manejo en la edad infantil con resultados excelentes

**Material y Métodos.** Presentamos el caso de una niña con antecedente de enterocolitis que precisó resección de íleon distal y hemicolectomía derecha, así como nutrición parenteral prolongada. Fue sometida a colecistectomía y extracción de cálculos en colédoco por colelitiasis sintomática a los 2 años de vida. A los 5 años presenta episodios de dolor abdominal, visualizándose ecográficamente dilatación de la vía biliar. La colangiografía (colangioRMN) evidencia coledocolitiasis de 7 mm con signos de papilitis.

**Resultados.** Se realiza CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) con extracción de cálculo, lavado biliar y esfinterotomía, siendo dada de alta a las 48 horas sin incidencias. Nuevos episodios de dolor un año después, repitiéndose colangioRMN con coledocolitiasis de 4 mm. Se realiza nuevamente CPRE para extracción del cálculo y nueva papilotomía. Presenta hiperamilasemia asintomática que se normaliza espontáneamente

**Conclusiones.** El dolor abdominal en cualquier momento tras la colecistectomía puede deberse a la existencia de cálculos en la vía biliar, residuales o "de novo". El uso en niños de colangioRMN para el diagnóstico y la CPRE como método terapéutico han resultado ser técnicas fiables, reproductibles y seguras

*Forma de presentación: Póster*

- **P.061 Estudio de polimorfismos del gen RET en pacientes con enfermedad de Hirschsprung y carcinoma medular de tiroides esporádico.** Ruiz Aja E<sup>1</sup>, Martínez de la Piscina Martín I<sup>2</sup>, Martínez Ezquerro N<sup>3</sup>, Galbarriatu Gutiérrez A<sup>1</sup>, López Álvarez-Buhilla P<sup>1</sup>, Vega Hernández L<sup>2</sup>, De Diego García E<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica, <sup>2</sup>Unidad de Investigación, <sup>3</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizcaia. <sup>4</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Objetivos.** El proto-oncogén RET (REarranged during Transfection) ha sido descrito como el principal factor involucrado en la etiología de las enfermedades derivadas de anomalías en el desarrollo de la cresta neural. Se han detectado variaciones en la secuencia

codificante del gen RET en enfermos de Hirschsprung y carcinoma medular tiroideo esporádico, las cuales sugieren una mayor predisposición genética a padecer la enfermedad

**Material y Métodos.** El estudio genético se ha realizado en 66 pacientes con enfermedad de Hirschsprung y 47 con carcinoma medular tiroideo esporádico. Como población a comparar se ha utilizado un grupo de población control sana. Se ha realizado la secuenciación directa y genotipado con sondas TaqMan de los polimorfismos encontrados en el exón 2, 11, 13 y 15, así como en el promotor e intrón 1.

**Resultados.** Los resultados de nuestra población de estudio indican que ciertos polimorfismos del promotor (c. -200 A>G y c. -196 C>A), intrón 1 (irs1 +9,7 C>T), exón 2 (c. 135 G>A), exón 11 (C. 2071 G>A), exón 13 (c. 2307 T>G) y exón 15 (c. 2712 C>G) están asociados a la enfermedad de Hirschsprung. No se han encontrado diferencias significativas entre los pacientes del estudio con CMTe respecto a la población sana

**Conclusiones.** La presencia de ciertos polimorfismos en la secuencia RET indica predisposición genética a padecer la enfermedad de HSCR. No parece existir una asociación entre el proto-oncogén RET y el CMTe en nuestra población.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.062 Sinus suprapúbico asintomático aislado: presentación de dos casos.** Granero Cendón R, Vázquez Rueda F, Castillo Fernández AL, Gómez Beltrán ÓD, Murcia Pascual FJ, Lasso Betancor CE. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Objetivos.** Presentamos dos casos de sinus suprapúbicos asintomáticos aislados

**Material y Métodos.** *Caso 1:* Lactante mujer de 17 meses con lesión fistulosa en zona suprapúbica, línea media; es diagnosticada al nacimiento no presentando en ningún momento cuadros compatibles de infección de orina, sensación de masa bajo la fístula o supuración espontánea por la misma, así mismo, tampoco se ha evidenciado en patología umbilical asociada. A la exploración se aprecia un trayecto fistuloso, ciego, de aproximadamente 0,5 cm de longitud en zona suprapúbica, línea media. No se palpan masas ni megalias abdominales ni malformaciones genitourinarias asociadas. Se realiza ecografía abdominal y cistografía miccional seriada (CUMS), ambas normales, así como fistulograma donde se aprecia trayecto fistuloso que no presenta comunicación con otras estructuras anatómicas adyacentes. *Caso 2:* Niña de 4 años que presenta también desde el nacimiento fístula en región púbica sobre línea media con secreción sebácea asociada, además, presenta un defecto herniario a nivel umbilical. Se realizan CUMS, fistulograma y ecografía abdominal, todos normales

**Resultados.** Se realiza exéresis de las lesiones, sin incidencias, hallándose un trayecto fistuloso de 0,4 cm y 0,9 cm respectivamente, sin relación o comunicación con estructuras umbilicales o vejiga urinaria

**Conclusiones.** Las fístulas y los sinus que presentan apertura en la zona suprapúbica son infrecuentes en la literatura Su origen embriológico es todavía desconocido pero pueden presentar comunicación con la vejiga, relación con duplicación uretral o con remanentes uracales por lo que es importante descartar patología urológica o umbilical asociada

*Forma de presentación: Póster*

- **P.063 Exóstosis subungueales en la infancia.** Ramos García JL, Suñol Amilibia M, Villalón Ferrero F, Arriola Oyanguren E, Villanueva MA, Garay Manrique J, Eizaguirre Sexmilo I. *Hospital Donostia.*

**Objetivos.** Exóstosis ósea significa crecimiento anómalo y benigno del hueso. Aparece como lesión única. En el caso de presentarse en forma múltiple se trata de una enfermedad hereditaria. La exóstosis subungueal es una patología poco frecuente que afecta a la falange distal preferentemente del primer dedo del pie. Durante la infancia se presenta en la etapa prepuberal. Puede haber antecedentes de traumatismo único o repetido, o de infección localizada, aunque su etiología es incierta. Aparece como tumoración subungueal que produce dolor. Debe realizarse radiografía anteroposterior y lateral. El tratamiento es la exéresis quirúrgica completa, para evitar recidivas. El estudio anatomopatológico constatará una proliferación ósea recubierta de tejido fibrocartilaginoso.

**Material y Métodos.** Presentamos cinco pacientes, todos ellos prepuberales que padecieron una lesión única subungueal en el primer dedo del pie.

**Resultados.** Todos presentaron tumoración ungueal de consistencia blanda, que modificaba el aspecto de la uña. La radiografía anteroposterior y lateral mostraba una excrecencia ósea en continuidad con el hueso subyacentes, sin reacción perióstica. El tratamiento fue la exéresis quirúrgica.

**Conclusiones.** Es importante sospechar la existencia de esta enfermedad a partir de la clínica, tumoración y dolor, que junto con el estudio radiológico forman la triada típica para el diagnóstico de exóstosis subungueal. El diagnóstico diferencial se hará en los primeros estadios con la uña incarnata en caso de asentar en el borde lateral de la falange, con lesiones subungueales como el fibroma o verrugas, con lesiones óseas como el condroma perióstico o con otras lesiones ungueales como las micosis.

*Forma de presentación: Póster*

## ÁREA: CIRUGÍA GENERAL V

- **P.064 Acceso venoso central transhepáticopercutáneo: una alternativa de rescate.** Medrano Méndez L, Aguinaga Alesanco A, Terreros Bejo I, Ruiz Aja E, Galbarriatu Gutiérrez A, López Álvarez-Buhilla P. *Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizcaia.*

**Objetivos.** Los pacientes pediátricos complejos (cardiopatías y/o malformaciones digestivas graves), precisan accesos venosos centrales durante periodos muy prolongados. La disponibilidad de estas vías puede estar limitada por trombosis o por necesidad de preservar ciertos vasos para correcciones cardíacas posteriores. Presentamos un acceso venoso central alternativo en un caso sin otras vías centrales disponibles.

**Material y Métodos.** Niña de 33 meses (VACTERL) con trombosis que oblitera la derivación Glenn correctora de su cardiopatía y todos sus accesos venosos previos. Descartada radiológicamente la permeabilidad de venas periféricas, yugulares y femorales, se precisa de otra vía central infradiaphragmática para el manejo intra y postoperatorio de su malformación anorrectal severa (cloaca). Se obtiene un acceso venoso central a vena cava inferior mediante punción

percutánea transparietohepática ecoguiada de vena suprahepática media (Broviac, 4,2Fr, monoluminal)

**Resultados.** Aunque el catéter suprahepático estuvo correctamente alojado en aurícula derecha, tuvo lugar una movilización y salida accidental del mismo y la paciente precisó la recolocación de un nuevo catéter (Hickman, 7Fr, biluminal) a las 24 horas de la primera cateterización, repitiendo la misma técnica. El segundo catéter permaneció correctamente alojado y funcionando durante 24 días, tras los cuales fue retirado de forma programada sin otras complicaciones asociadas.

**Conclusiones.** El acceso venoso central a vena cava inferior mediante punción percutánea transparietohepática ecoguiada de vena suprahepática es una alternativa válida, segura y repetible en pacientes en los que la obtención de otras vías centrales es impracticable. La movilización accidental del catéter es una complicación previamente descrita, asumible y solventable mediante repetición de la misma técnica

*Forma de presentación: Póster*

- **P.065 Malformación linfática hepática (MLH): presentación de un caso.** López López AJ, Vega Mata N, Gómez Farpón Á, Montalvo Avalos C, Oviedo Gutiérrez M, Fernández García L, Álvarez Muñoz V, Díaz Blanco M, Valdés Diéguez E, García Crespo JM, Gutiérrez Segura C, Álvarez Zapico JA. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Objetivos.** Las malformaciones linfáticas son lesiones congénitas que asientan generalmente en cabeza y cuello. Su localización hepática es infrecuente, y normalmente se produce en casos de afectación multivisceral, siendo anecdótico su hallazgo aislado.

**Material y Métodos.** Presentamos un caso de MLH como localización excepcional de dicha patología.

**Resultados.** Lactante varón de 1 año de edad controlado en nuestro servicio por hidronefrosis derecha secundario a ureterocele. En control ecográfico se halló de forma accidental una masa intraabdominal multitabcada en hipocondrio derecho. No refería antecedentes personales de interés y clínicamente se encontraba asintomático, con hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones. La RMN con contraste mostró una tumoración quística multilocular de 12x10 cm con bordes bien definidos, localizada a nivel subhepático y condicionante de un desplazamiento de la vesícula biliar y cabeza pancreática, sin causar obstrucción. En la cirugía, realizada a través de una laparotomía transversa derecha, se identificó una gran tumoración en superficie inferior del lóbulo hepático derecho de aspecto multiquístico, sin plano de separación con el parénquima, realizándose una exéresis completa de ésta. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de MLH, con márgenes libres tras la resección. El postoperatorio cursó sin incidencias relevantes, con elevaciones enzimáticas de AST, ALT y FA que se fueron normalizando, siendo dado de alta al 6º día de ingreso. Actualmente es controlado en consultas mediante ecografía, sin recidivas.

**Conclusiones.** Las MLH deben incluirse en el diagnóstico diferencial de masa intraabdominal quística en el niño. Un diagnóstico preoperatorio preciso es difícil, siendo necesaria la resección quirúrgica para confirmar su naturaleza mediante estudio histológico.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.066 Gastrostomía laparoscópica por puerto único.** Fonseca R, Gutiérrez C, Bordallo MF, Cortes J, Barrios JE, Luna J, Vila JJ. *Hospital Universitari i Politecnic La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** La gastrostomía percutánea endoscópica (PEG) es una técnica utilizada habitualmente, siendo la gastrostomía laparoscópica (GL) una alternativa cada vez más usada. Sin embargo, existen pacientes con contraindicaciones para la PEG por presentar alteraciones anatómicas, cirugías previas u otras enfermedades, lo que obliga a utilizar la vía laparoscópica para su colocación. Presentamos una técnica GL por un sólo puerto.

**Material y Métodos.** Paciente de 6 años con epidermólisis bullosa en el que se coloca GL. Bajo anestesia general con mascarilla laríngea. Incisión de 1 cm en hipocondrio izquierdo para colocación de trocar con técnica abierta de Hasson. Se introduce óptica de 10mm de 0º con canal de trabajo. Tracción de cuerpo gástrico con forceps laparoscópico. Exteriorización de estómago a través de incisión cutánea, incisión gástrica para realización de gastrostomía, se introduce botón de gastrostomía que se fija con sutura absorbible 3-0 realizando bolsa de tabaco en pared gástrica y se fija a músculos abdominales.

**Resultados.** El postoperatorio inicial presenta granuloma mucoso que precisa cauterización con nitrato de plata. El seguimiento ha sido favorable, no presentando otras complicaciones.

**Conclusiones.** Nuestra técnica de GL por un sólo puerto aporta evidentes ventajas en este grupo de enfermos minimizando las lesiones cutáneas y mucosas producidas durante la intervención. Hay que valorar su utilidad en comparación con otras técnicas laparoscópicas y endoscópicas en otro tipo de pacientes pediátricos. Solo hemos encontrado un precedente (Todd Ponsky, 2008) que presenta un caso en el que utilizó un trocar de 5mm y broncoscopio de 4mm para su realización.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.067 Estrategia quirúrgica más beneficiosa ante un accidente vascular intestinal masivo.** Souto Romero H, Alonso Calderón JL, Morató Robert P, Rodríguez de Alarcón J, Espinosa Góngora R, Álvarez Bernaldo de Quirós M, Espinosa Vega M, Luis Huertas A, Riñón Pastor C, Ollero Caprani JM. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

**Objetivos.** El compromiso vascular intestinal extenso es un cuadro de extremada urgencia, donde un rápido diagnóstico es esencial para intentar minimizar las posibles complicaciones que conllevan la isquemia intestinal y el síndrome isquemia-reperusión.

**Material y Métodos.** Presentamos un varón de 12 años que acude a urgencias tres veces en una semana por dolor abdominal y vómitos con deposiciones normales y escasas. Con analítica de sangre y Rx abdomen normales, la ecografía abdominal muestra imagen fija en FII sugerente de asa con mucho contenido sin poder descartar masa abdominal. Ingresa con sueroterapia, analgesia y pendiente de realización de TAC abdominal. A las 20 horas del ingreso entra en shock hipovolémico, se traslada a UCIP para reanimación donde ecografía urgente muestra asas muy dilatadas sin peristaltismo.

**Resultados.** Se realiza cirugía urgente observando una hernia paraduodenal izquierda y vólvulo intestinal en el contexto de una malrotación, con isquemia de todo el yeyuno y gran parte del íleon.

Se reducen las asas herniadas, extirpación del saco y se desvolvula el intestino medio. El paciente tiene que ser reintervenido otras cuatro veces por cuadros de obstrucción mecánica y funcional que conllevan la resección de la mayor parte del intestino delgado. El paciente, tras adaptación a su síndrome de intestino corto, se encuentra en la actualidad asintomático con vida normal.

**Conclusiones.** 1. Ante un cuadro de sufrimiento intestinal la decisión de resección intestinal masiva no debe apresurarse. 2. Una estrategia basada en resección por etapas evita el ingreso en un programa pre-trasplante. 3. Debe tenerse en cuenta las alteraciones del síndrome isquemia-reperusión.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.068 Fusión esplenogonadal. Más que una hernia inguinal incarcerada.** Fernández Atuan R, González Esgueda A, Estors Sastre B, Ruiz de Temiño M, Burgués Prades P, Elías Pollina J. *Servicio Cirugía Pediátrica Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

**Objetivos.** La fusión esplenogonadal es una malformación extremadamente rara de difícil diagnóstico. En alrededor del 50% de los casos la fusión esplenogonadal continua se acompaña de malformaciones congénitas. La etiología es incierta, la fusión de las estructuras ocurre durante la 5ª y 6ª semana de gestación.

**Material y Métodos.** Paciente de 2 años con diagnóstico neonatal de varicocele izquierdo en otro centro, con varicela en resolución de 3 semanas de evolución. Acude a urgencias por dolor testicular izquierdo intenso acompañado de fiebre de 39,5°C. No vómitos, no síntomas catarrales, no distensión o dolor abdominal. Al examen físico presenta testículo derecho normal. Testículo izquierdo en bolsa, escroto eritematoso, canal inguinal engrosado con palpación de masa dolorosa en raíz de escroto. Resto de examen por aparatos normal. Diagnóstico clínico de hernia inguinal incarcerada. Se realizan maniobras de reducción no satisfactorias, se solicita ecografía que informa de contenido solido en canal inguinal con ausencia de asas intestinales y cambios inflamatorios por efecto masa sobre testículo ipsilateral.

**Resultados.** Se decide exploración quirúrgica urgente por medio de inguinotomía izquierda encontrando masa solida de bordes lisos, fusionada con testículo en su polo superior diagnosticando la fusión esplenogonadal. El paciente se recupera satisfactoriamente. Estudios de imagen postquirúrgicas informan de fusión esplenogonadal continua con malformación de bazo teniendo éste forma alargada descendiendo por la gotiera parieto cólica izquierda hasta alcanzar el canal inguinal.

**Conclusiones.** Habitualmente se intervienen con diagnóstico clínico de hernia inguinal, criptorquidia y tumoración testicular. En la fusión esplenogonadal no está indicada la resección del testículo o del bazo.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.069 Torsión apendicular, un hallazgo excepcional.** Gómez Veiras J, Prada Arias M, Lema Carril A, Fernández EP, Segade Andrade R, Montero Sánchez M. *Sección de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.*

**Objetivos.** Nuestro objetivo es comunicar un caso de torsión apendicular, debido a lo excepcional de su incidencia (25 casos publicados en la literatura científica).

**Material y Métodos.** Revisamos la historia clínica, exploración física, pruebas complementarias(analítica y ecografía abdominal), y anatomía patológica del apéndice cecal.

**Resultados.** Se presenta el caso de una niña de dos años de edad, que sufre un cuadro de dolor abdominal, localizado en la fosa ilíaca derecha, de unas 48 horas de evolución. Ha sufrido varios vómitos, no biliosos. En el momento de acudir a urgencias debuta con fiebre de 38°C. No presenta otra clínica acompañante. En la exploración física se observa un abdomen no distendido, doloroso en la fosa ilíaca derecha, con una discreta defensa a dicho nivel. No se palpan masas ni otros signos de peritonismo. En la analítica destaca una leucocitosis de 31.000, PCR de 215 mg/L, Procalcitonina de 2.41ng/ml. La ecografía mostraba un asa intestinal con engrosamiento de la pared, alteración de la grasa en vecindad y sin aumento del flujo vascular. Se realizó una apendicectomía reglada por laparotomía ante la sospecha de apendicitis aguda, en la cirugía se observó una torsión apendicular (dos vueltas completas), El postoperatorio fue satisfactorio. La anatomía patológica fue informada como necrosis isquémica e inflamación aguda.

**Conclusiones.** La clínica de la torsión apendicular es completamente idéntica a la de la apendicitis aguda. En nuestro caso son llamativas las alteraciones analíticas. Se desconoce la causa que origina la torsión, pero habitualmente son apéndices largos. En otras ocasiones se asocia a mucocelos, lipomas o fecalitos.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.070 Lipomatosis intestinal; extraño caso de dolor abdominal.** Brun Lozano N, García Núñez B, Sánchez Vázquez B, Riba M, Rigol S, Mesa JC, Sanvicente B, Bardají C, Obiols P. *Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.*

**Objetivos.** La lipomatosis intestinal es una rara enfermedad con una incidencia en autopsias que oscila entre 0,04 y 4,5%. Escasos casos han sido publicados en la literatura y generalmente son asintomáticos. Los casos sintomáticos suelen presentarse como obstrucción, dolor abdominal recurrente o, con menos frecuencia, sangrado. Generalmente se requiere Ecografía, RMN y TC para llegar a su diagnóstico.

**Material y Métodos.** Presentamos el caso de un paciente de 15 años afecto de dolor abdominal tipo cólico y disuria de seis meses de evolución. La analítica y el estudio de heces fueron normales. Se realizó ecografía abdominal donde evidenciaba una hidronefrosis izquierda con una gran masa hiperecogénica en región pélvica compatible con lipoma. Se complementó estudio con RMN y TC confirmando la presencia de aumento de grasa pélvica que comprimía el paquete intestinal. Se realizó colonoscopia con toma de biopsias sin aislar alteraciones. Se realizó laparoscopia aislando múltiples lipomas de 5-10 cm en región antimesentérica de íleon e yeyuno, se realizó resección de grasa perintestinal.

**Resultados.** Tras la resección de los múltiples lipomas el paciente presentó mejoría clínica. La anatomía patológica informó de tejido adiposo maduro sin atipias.

**Conclusiones.** Los tumores benignos del intestino delgado son relativamente poco frecuentes, siendo el lipoma el más común. La patogénesis de la lipomatosis no está bien conocida, se cree que los desinfectantes endoscópicos, una lesión mecánica traumática o exceso

de presión intraluminal. Hay muy pocos casos descritos en la literatura y se requiere de pruebas de imagen para llegar al diagnóstico.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.071 Abdomen agudo de etiología excepcional.** García Baglietto A, Moreno Montero A, Barceló Cañellas C, Marhuenda Irastorza C. *Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.*

**Objetivos.** Presentar un caso clínico de abdomen agudo cuya causa es una manifestación poco frecuente de la oxiuriasis.

**Material y Métodos.** Niño de 7 años que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal de 6 días de evolución, acompañado de fiebre y leucocitosis. Se realiza una TAC abdominal donde se observa tumoración pélvica sugestiva de absceso. Ante la sospecha de proceso apendicular complicado se decide intervención quirúrgica, hallándose masa retroperitoneal y retrovesical derecha adyacente al sigma. Tras punción de la masa y salida de líquido purulento, se toman muestras para cultivo y anatomía patológica. Se practica apendicectomía de apéndice normal. Se procede a revisión de la cavidad abdominal sin hallazgos patológicos.

**Resultados.** Los resultados de microbiología fueron negativos. La anatomía patológica del absceso demostró un infiltrado granulomatoso con huevos de *Enterobius vermicularis* y, en la apendicular una infestación por oxiuros. Con el diagnóstico de oxiuriasis se completó el estudio con un enema opaco que no evidenció la presencia de ninguna fístula perirrectal comunicante con el absceso. También se realizó una RNM que mostraba la persistencia de la tumoración pélvica adyacente a sigma sugestiva de absceso retroperitoneal con pared de sigma estrictamente normal. Dados los hallazgos anatómicos, el paciente fue tratado con 2 ciclos de mebendazol. Actualmente, los controles clínico-radiológicos son estrictamente normales con completa desaparición de la clínica y la masa.

**Conclusiones.** Destacar la oxiuriasis como etiología poco frecuente de un absceso perirrectal que se manifiesta como un abdomen agudo pudiendo llevar a errores en el diagnóstico y tratamiento.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.072 Efectividad de la cirugía mínimamente invasiva en el tratamiento de fístulas entero cutáneas.** González Herrero M, Morante Valverde R, Moreno Zegarra C, Tordable Ojeda C, López Díaz M, García Vázquez A, Cano Novillo I, Benavent Gordo MI, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivos.** La incidencia de fístulas enterocutáneas postoperatorias en niños es baja. La mayor parte cierran de forma espontánea gracias al control de la infección, con un soporte nutricional y cuidado adecuado de la herida. Presentamos el tratamiento quirúrgico vía laparoscópica de una fístula enterocutánea en un paciente intervenido de plastrón apendicular.

**Material y Métodos.** Revisión de caso clínico.

**Resultados.** Paciente intervenido de plastrón apendicular, mediante lavado y colocación de drenajes sin apendicectomía. Presenta un ingreso tórpido, identificándose una fístula enterocutánea el 6º DPO que se manejó de forma conservadora. Recibió tratamiento antibiótico de amplio espectro durante 4 semanas, siendo dado de alta

asintomático. Días más tardes re-ingresa por vómitos y persistencia de salida de material fecaloideo por la herida. Se realiza un TAC abdominal, donde se visualiza una fístula enterocutánea dependiente de la región apendicular con apendicolito en el trayecto fistuloso. Se decide entonces re-intervenir vía laparoscópica. Durante la cirugía se identifica claramente el apéndice con un trayecto fistuloso en 1/3 medio, realizándose apendicectomía y lavado de la herida con cauterización de dicho trayecto. Tras 7 días de tratamiento antibiótico fue dado de alta sin incidencias.

**Conclusiones.** Programar el cierre quirúrgico de una fístula enterocutánea es complejo, dado el riesgo de recidiva o lesión de órganos próximos. Es necesario valorar el estado general del paciente y conocer el origen anatómico. En nuestro caso, el bajo débito de la fístula (< 200 ml/día) y la excepcional localización de la fístula (apendicular) nos permitieron plantear un abordaje laparoscópico como primera opción.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.073 Circuncisión cultural: un rito antiguo, fuente de algunos problemas.** Cabrejos Perotti K, Guirao Piñera MJ, Zambudio Carmona G, Ruiz Jiménez JI. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Objetivos.** La circuncisión cultural se realiza en ocasiones en medios sin las necesarias garantías. Presentamos seis casos de complicaciones tras la circuncisión cultural fuera de nuestro ámbito médico.

**Material y Métodos.** Dos pacientes circuncidados con dificultad miccional y retención urinaria. Presentaban un pene completamente retraído con fimosis puntiforme. Presentaban mínima cantidad de piel con glande y meato normales; a la expresión se obtenía salida de orina acumulada purulenta. Se consiguió dar cobertura al pene sin injerto; en uno de los niños, la ausencia casi total de piel obligó a realizar la cobertura casi exclusivamente a expensas de la mucosa restante. Un niño con hipospadias penoescrotal severo circuncidado previamente durante un viaje a Marruecos. Ausencia completa de prepucio y de la piel peneana, meato penoescrotal con intensa curvatura. Un paciente con intensa meatoestenosis y retención urinaria tras circuncisión. Un paciente con fístula uretro-cutánea glandular. Un paciente con hemorragia peneana por intento abortado de circuncisión domiciliaria realizado por su padre con un cuchillo de cocina.

**Resultados.** En nuestros seis casos se pudo corregir satisfactoriamente las complicaciones de la circuncisión previa.

**Conclusiones.** El hecho de que la circuncisión cultural esté fuera de la cobertura de la sanidad pública, unido al alto volumen de demanda y a la ausencia de recursos de parte de la población demandante, pueden ser factores que hagan que muchos de estos niños sean circuncidados en medios sin las adecuadas garantías sanitarias.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.074 Bloqueo invertido del nervio dorsal del pene (BINDP) para circuncisión en el niño.** Reyes Ríos P<sup>1</sup>, Martínez Segovia MC<sup>2</sup>, Roques Escolar V<sup>1</sup>, Roques Serradilla JL<sup>1</sup>, Vera Romero E<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>2</sup>Hospital del Vinalopó. Elche, Alicante.

**Objetivos.** Evaluación de la eficacia analgésica intraoperatoria del bloqueo de los nervios dorsales del pene mediante ecografía en circuncisión pediátrica.

**Material y Métodos.** Incluimos 21 pacientes programados para circuncisión. Realizamos bloqueo de rama perineal del pudendo mediante habón subcutáneo sobre el rafe. Posteriormente mediante ecografía obtuvimos una imagen transversal invertida del pene, identificando claramente todas las estructuras. El anestésico local fue colocado en la superficie externa de la fascia de Bruck, mediante punción. Registramos TA, FC, SO<sub>2</sub> y movimientos en 4 fases: periodo prequirúrgico, inicio de la cirugía, 2 minutos del inicio, y al despertar. También el tiempo transcurrido desde el bloqueo hasta la cirugía y el tiempo de cirugía. Mediante el uso de T-Student se analizaron los datos.

**Resultados.** El bloqueo de los nervios dorsales del pene se ha realizado clásicamente mediante referencias anatómicas. La ecografía proporciona visión directa de las estructuras del pene, permitiendo alcanzar nuestro objetivo evitando ciertas estructuras. Las punciones inadvertidas en cuerpos cavernosos, uretra esponjosa o vasos, resultan en lesiones potenciales y toxicidad. Todos los bloqueos fueron exitosos, no encontramos alteraciones significativas en signos indirectos de dolor en ninguna de las fases. Al despertar, las cifras de FC y TAM no mostraron diferencias con las cifras prequirúrgicas. Ningún paciente precisó analgesia adicional. Un niño fue revisado, sin necesidad de sedoanalgesia suplementaria.

**Conclusiones.** El BINDP ha demostrado ser una técnica eficaz para la cirugía de circuncisión. Los ultrasonidos nos permiten depositar bajas dosis de AL con mayor precisión y menor latencia, visualizando las estructuras diana y las que queremos evitar.

*Forma de presentación: Póster*

#### ÁREA: CIRUGÍA NEONATAL

- **P.075 Diagnóstico prenatal de quiste tirogloso intralingual: ¿cuándo realizar la cirugía?** Martín-Crespo Izquierdo R, Luque Pérez AL, Carrera Guermeur N, Ramírez Velandia H, Luque Mialdea R. *Complejo Hospitalario de Toledo.*

**Objetivos.** La presencia de una masa intralingual en el recién nacido representa un desafío diagnóstico y terapéutico. Presentamos un caso excepcional de diagnóstico prenatal de masa intralingual anterior gigante que resultó ser un quiste-del-conducto tirogloso-(QCT) intralingual. Se discute el tratamiento de elección de los quistes linguales de localización anterior en relación a la técnica y el momento de la intervención quirúrgica, con revisión de la literatura.

**Material y Métodos.** Observación longitudinal. Recién-nacida a término con diagnóstico ecográfico a las 25 semanas de gestación de tumoración quística intralingual anterior. Al nacimiento presenta masa intralingual gigante, que ocupa los dos tercios anteriores de la lengua, en ausencia de disfagia y distress respiratorio. La resonancia revela tumoración quística intralingual anterior de 4-cm-de-diámetro, que respeta el tercio posterior, con falta de desarrollo de la musculatura-lingual-lateral. Se decide cirugía al año de vida con exéresis completa de la masa quística hasta base de lengua. Alta hospitalaria al 7º día postoperatorio. El estudio-anatomopatológico confirma el diagnóstico de QCT congénito íntegro.

**Resultados.** A los tres años de seguimiento la niña presenta adecuado desarrollo ponderoestatural, lengua intrabucal de tamaño y movilidad normal, sin recidivas ni secuelas sobre el lenguaje o el habla.

**Conclusiones.** Las masas linguales de localización anterior que no comprometen la deglución ni la respiración se benefician de una cirugía diferida, al contrario de lo recomendado en la literatura. El mayor desarrollo de la musculatura lingual en el momento de la cirugía facilita la conservación del paquete vaso-nervioso lingual y la escisión quirúrgica radical sin secuelas funcionales a largo plazo.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.076 ID Diagnóstico prenatal de nefroma mesoblástico congénito.** Granero Cendón R, Vázquez Rueda F, Lasso Betancor CE, Gómez Beltrán ÓD, García Ceballos AM, Paredes Esteban RM. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Objetivos.** Presentamos el caso de un recién nacido varón con diagnóstico prenatal de masa renal quística en la ecografía de las 32 semanas

**Material y Métodos.** Mujer de 24 años, primigesta, sin antecedentes de interés, a la que diagnosticamos en la ecografía reglada de las 32 semanas una masa quística en la fosa renal fetal izquierda que se confirma en la ecografía de las 39 semanas

**Resultados.** A las 40 semanas se induce parto vaginal ingresando el recién nacido para completar estudio. En la exploración física se palpa una masa abdominal en flanco izquierdo. Realizamos ecografía y TAC abdominal en la que se aprecia una lesión intrarrenal izquierda bien delimitada y heterogénea de 2.8 cm de diámetro dependiente del polo superior; se solicitan catecolaminas en orina y marcadores tumorales, todos normales. Paralelamente, el paciente cursa con TA elevada precisando tratamiento con hidralazina IV. Con la sospecha diagnóstica de nefroma mesoblástico congénito se realiza nefroureterectomía izquierda con preservación de la glándula suprarrenal sin incidencias. La evolución fue favorable normalizándose las cifras tensionales tras la cirugía.

**Conclusiones.** El nefroma mesoblástico congénito es un tumor renal infrecuente de naturaleza benigna que constituye la neoplasia renal más detectada en el período neonatal; su diagnóstico prenatal puede mejorar la evolución ya que nos permite planificar el nacimiento del paciente y su tratamiento con el fin de prevenir complicaciones. Aunque el diagnóstico prenatal de neoplasias está aumentando debido a las mejoras en los exámenes ecográficos durante el embarazo sólo hemos encontrado en la literatura 30 casos de nefroma mesoblástico congénito diagnosticados prenatalmente

*Forma de presentación: Póster*

- **P.077 Manejo multidisciplinar del teratoma congénito en el periodo neonatal.** Manzanares A, Prat J, Muñoz E, Carrera J, García Smith N, Bejarano M, De Haro I, Rodríguez Fanjul X, Castañón M. *Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona.*

**Objetivos.** Los teratomas congénitos son tumores raros, habitualmente de histología benigna. La localización, tamaño, vascularización y posibilidad de resección condicionan su pronóstico.

**Material y Métodos.** Revisión de los pacientes con teratoma congénito tratados en los últimos 12 años en nuestra unidad neonatal, valorando el diagnóstico prenatal, manejo perinatal, tratamiento quirúrgico, histopatología y morbimortalidad asociada.

**Resultados.** Hemos tratado 3 niños y 7 niñas. La localización fue: 3 sacrococigéos, 2 intraabdominales, 2 torácicos, 2 laterocervicales y 1 orofaríngeo. El diagnóstico prenatal se realizó en 8 casos. El EXIT fue necesario en un tumor orofaríngeo y un laterocervical gigante. Un paciente murió en sala de partos por sangrado masivo. Otros dos fueron éxitos por complicación hemorrágica durante la intervención. Posteriormente dos tumores cervicales gigantes se embolizaron antes de la cirugía pudiendo conseguir una exéresis casi completa sin sangrado. Estos pacientes fueron reintervenidos para extirpar restos tumorales. En los otros casos se consiguió la resección total. La histopatología evidenció 2 teratomas inmaduros y 8 maduros. Las complicaciones fueron: una vejiga neurogénica, una parálisis facial y una asimetría mandibular que se solucionó con distracción.

**Conclusiones.** Los teratomas congénitos en el periodo neonatal, a pesar de su benignidad, presentan un alto índice de morbimortalidad. El diagnóstico prenatal ayuda a planificar el nacimiento y la necesidad de asegurar la vía aérea mediante EXIT. La embolización previa a la cirugía minimiza el riesgo de sangrado y la insuficiencia cardíaca. La extirpación completa es imprescindible para evitar recidiva local. Se precisa una valoración multidisciplinar (obstetras, neonatólogos, cirujanos y cardiólogos) para mejorar los resultados.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.078 Atresia esofágica sin fístula con remanente traqueobronquial intraluminal: ¡Existe!, la hemos visto.** Molina Caballero AY, González Temprano N, Ayuso González L, Pérez Martínez A, Pisón Chacón J. *Sº de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Navarra B. Pamplona.*

**Objetivos.** Entre las variedades anatómicas de atresia esofágica (AE), la ausencia de fístula traqueal asociada a un remanente traqueobronquial intraluminal es un subtipo especialmente raro. En estos casos infrecuentes, un diagnóstico preoperatorio inequívoco puede ser decisivo.

**Material y Métodos.** Recién nacida prematura de 35 semanas con sospecha prenatal de AE. La radiología sugiere una atresia tipo I. A las 24 horas de vida se realiza gastrostomía de Stamm y medición radioscópica de los extremos esofágicos atrésicos. ¡Los bolsones estaban superpuestos! Con sospecha de atresia membranosa (tipo V según la clasificación de Kluth), se planea una resección endoscópica de la membrana, bajo visión directa craneal y caudal de ambos bolsones esofágicos. Se intenta al mes de vida, pero la esofagoscopia proximal revela una terminación en forma de estructura traqueobronquial vestigial ciega, por lo que realizamos una toracotomía derecha. Se identificaron ambos bolsones esofágicos unidos por un cordón atrésico de 1 cm de longitud y una prominencia cartilaginosa emergente del extremo del bolsón superior. Ambas estructuras fueron resecadas (distancia entre cabos de 2 cm) realizando una anastomosis esofágica término-terminal sobre una sonda de 10 Ch.

**Resultados.** El postoperatorio transcurrió sin incidencias. El estudio histopatológico del tejido resecado reveló la presencia de cartílago y epitelio respiratorio heterotópico.

**Conclusiones.** Ante una AE aislada no deben dejar de tenerse en mente otros subtipos infrecuentes, especialmente cuando no parece existir gran distancia entre bolsones. De este modo aseguraremos el mejor abordaje quirúrgico, la menor agresividad y evitaremos complicaciones derivadas de un diagnóstico incierto.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.079 Asociación de ascitis fetal aislada con patologías quirúrgicas postnatales en nuestro centro y revisión de la literatura.** Martínez Criado Y, Fernández Pineda I, Hernández G, Millán López A, Rosso M, De Agustín Asensio JC. *Hospital Infantil. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío-Virgen Macarena. Sevilla.*

**Objetivos.** Estudiar los factores pronósticos que condicionan la necesidad de intervención quirúrgica en pacientes diagnosticado de ascitis fetal aislada (AFA) y presentar nuestra experiencia al respecto.

**Material y Métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo de los neonatos con AFA intervenidos en nuestro centro. Las variables recogidas son: diagnóstico prenatal; peso y edad gestacional; sintomatología al nacimiento; hallazgos intraoperatorios; evolución postquirúrgica. Revisamos la literatura utilizando la base de datos MEDLINE.

**Resultados.** En 2012 se han intervenido 5 pacientes diagnosticados de AFA prenatal antes de la semana 20. Sólo dos pacientes presentaron ascitis franca al nacimiento. La edad gestacional media fue de 33,2 semanas (rango: 25-41) y el peso medio al nacer de 2028 grs. (rango: 900-3030). El síntoma predominante fue la distensión abdominal clínica y radiológica presente en 4 pacientes. La edad media de intervención fue 9,8 días (rango: 2-28) y los hallazgos intraoperatorios fueron: hepatitis neonatal, hernia transmesentérica congénita, íleo meconial, atresia intestinal y perforación cecal secundaria a íleo meconial. La evolución postquirúrgica fue favorable tras la cirugía, excepto en un paciente que falleció a los dos meses.

**Conclusiones.** Los pacientes con diagnóstico prenatal precoz de AFA requieren de un seguimiento estrecho neonatal para detección precoz de cualquier complicación que precise de cirugía urgente. La severidad de la distensión abdominal y el diagnóstico prenatal antes de la semana 30 son los principales factores pronósticos implicados. El íleo meconial, es la patología que más frecuentemente se asocia con AFA.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.080 Obstrucción duodenal por cruzamiento de la arteria mesentérica superior: síndrome de Wilkie-Rokitanski.** Amato Valero S, Santamaría Ossorio JI, Enríquez Zarabozo EM, Cavaco Fernandes Rute I, Torres de Aguirre A. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil. SES. Badajoz.*

**Objetivos.** La localización más frecuente de obstrucción intestinal es el duodeno, ocupando el cuarto lugar entre las anomalías congénitas. La obstrucción duodenal parcial o completa por compresión vascular a causa de la arteria mesentérica superior o por una de sus ramas, es muy raro en neonatos, con muy pocos casos descritos en la literatura.

**Material y Métodos.** Presentamos el caso de un neonato con Síndrome de Arteria Mesentérica Superior (SAMS).

**Resultados.** Recién nacido niño de 24 horas que ingresa por vómitos alimentarios y biliosos, con importante distensión de epigastrio en la exploración. Radiografía abdomen: imagen de doble burbuja. Tránsito aéreo: gran cámara gástrica, doble burbuja, megaduodeno y dilatación de 3ª porción de duodeno. Ante sospecha de estenosis de duodeno se realiza laparotomía transversa derecha, liberación de duodeno y duodenostomía para comprobar permeabilidad, visualizándose pinzamiento duodenal en 3ª porción por la arteria mesentérica superior. Se realiza duodeno-yeyunostomía latero-lateral inframesocólica. En postoperatorio inmediato presenta estenosis de la anastomosis por lo que se reinterviene realizándose ampliación de la misma. El paciente presenta evolución favorable, estando en la actualidad asintomático con 8 meses de vida.

**Conclusiones.** El SAMS también conocido como Enfermedad de Wilkie, presenta una incidencia muy baja siendo discutida su existencia en la literatura. Aunque generalmente está atribuido a condiciones adquiridas como intervenciones sobre la columna vertebral, pérdidas súbitas de peso, diabéticos y pacientes con daño cerebral grave, parece que puede tener bases anatómicas y congénitas dando clínica precoz. Ante clínica de obstrucción duodenal se debe pensar en el SAMS como posible diagnóstico.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.081 Yeyunostomía descompresiva de botón: evitando el síndrome de asa ciega.** Carrera Guermeur N, Martín-Crespo Izquierdo R, Luque Pérez AL, Ramírez Velandia H, Luque Mialdea R. *Complejo Hospitalario de Toledo.*

**Objetivos.** Las anastomosis intestinales con incongruencia de calibre entre las asas aferente y eferente favorecen la aparición del síndrome de asa ciega –hipomotilidad, estancamiento y sobrecrecimiento bacteriano–, que puede requerir re-intervenciones que aboquen al fracaso de la cirugía inicial. Presentamos nuestra experiencia en la utilización de una yeyunostomía descompresiva pre-anastomótica de botón para prevenir el síndrome de asa ciega.

**Material y Métodos.** Recién nacida pretérmino de parto indicado a las 35 semanas de gestación por peritonitis meconial complicada. Diagnosticada de neumoperitoneo a las veinticuatro horas de vida, es sometida a yeyunostomía proximal disociada, con restablecimiento del tránsito intestinal a las 6 semanas.

**Resultados.** Se reinterviene por distensión abdominal progresiva en ausencia de tránsito, observando diferencia de calibre entre las asas pre y post-anastomótica sin evidencia de obstrucción. Se realiza una yeyunostomía de botón en el borde antimesentérico del asa dilatada pre-anastomótica, como válvula de descompresión intestinal postoperatoria. La evolución clínica es adecuada, con retirada del botón a los dos meses y reconstrucción mediante sutura longitudinal del asa intestinal proximal.

**Conclusiones.** La yeyunostomía descompresiva de botón en el asa pre-anastomótica ha resultado ser eficaz y segura como medida temporal, mínimamente invasiva, para resolver el síndrome de asa ciega asociado a anastomosis intestinales con gran incongruencia de calibre. Su apertura y cierre según demanda favorece la descompresión del asa aferente y acelera la recuperación del tránsito intestinal

y la tolerancia oral completa. Proponemos la yeyunostomía o ileostomía de botón simultánea a este tipo de anastomosis para prevenir las re-intervenciones por asa-ciega, e incluso evitar la necesidad de derivación previa.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.082 Gastrostomía endoscópica percutánea en pacientes de menos de 5 kg: ¿es una técnica segura?** Gander R, Molino Gahete JA, Peiró Ibáñez JL, Broto Mangués J, Bueno Recio J, Lloret J. *Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.*

**Objetivos.** En la actualidad la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) se considera la técnica de elección para la realización de gastrostomías en la edad pediátrica. Sin embargo, existen dudas acerca de su aplicabilidad en niños de bajo peso (< 5 kg). El objetivo de este trabajo es analizar nuestra experiencia con la colocación de PEG en pacientes de bajo

**Material y Métodos.** Revisión retrospectiva de las PEG colocadas en nuestro centro entre enero 2012 y 2013. La técnica utilizada fue la de “Pull-through” descrita por Gauderer y Ponsky.

**Resultados.** Se han colocado un total de 10 gastrostomías a 10 pacientes con una media de edad a la colocación de 3,2 meses (DT: 1,60). La media de peso fue de 3943 gramos (DT: 657). La indicación de la colocación fue: encefalopatía (5), trastorno de deglución aislado (4) y malnutrición (1). Uno de los pacientes había recibido cirugía abdominal previa. Todas las intervenciones se realizaron bajo anestesia general y se colocó una sonda de 14 Fr en todos los pacientes. La media de tiempo quirúrgico fue de 18,6 minutos (DT: 6,22). Todos los pacientes recibieron profilaxis antibiótica según protocolo. Se han registrado dos complicaciones: 1 neumoperitoneo benigno que evolucionó favorablemente y un “buried button” que requirió colocación de una nueva PEG. La media de seguimiento fue de 6,32 meses (DT: 4,55).

**Conclusiones.** A pesar de las limitaciones de nuestro estudio la colocación de PEG en pacientes de bajo peso (< 5 kg) es una técnica segura con una tasa de complicaciones aceptable y similar a la descrita en la literatura.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.083 Tratamiento quirúrgico en el síndrome de Rapunzel.** Albertos Mira-Marcelí N, Gallego Mellado N, Deltell Colomer P, Sánchez París Ó, Mira Navarro J, Licerías Licerías E, Encinas Goenechea A, González López F, Martín Hortigüela ME, Navarro de La Calzada C, González Piñera J. *Hospital General Universitario de Alicante.*

**Objetivos.** El tricobezoar es una masa de pelo que, al resistir la digestión y la peristalsis, queda en el estómago. En casos excepcionales, sus dimensiones son mayores y sobrepasa el píloro: es el Síndrome de Rapunzel. Nuestro objetivo es presentar este caso clínico de Síndrome de Rapunzel que requirió de múltiples enterotomías para su exéresis, por su gran extensión.

**Material y Métodos.** Adolescente de 13 años remitida por cuadro de dolor abdominal de 3 meses de evolución, que se acompañaba de náuseas y saciedad precoz. Además, había tenido dos episodios

de sangrado en heces. Por esta clínica, había consultado en varias ocasiones a su pediatra y recibido tratamiento dietético e inhibidores de la bomba de protones, sin éxito. Se realizó una endoscopia digestiva, que evidenció un tricobezoar que ocupaba la cámara gástrica y duodeno.

**Resultados.** Se realizó tratamiento quirúrgico consistente en laparotomía y gastrotomía para extraer el tricobezoar. Con ello, se consiguió sacar el “molde gástrico y duodenal”, pero se comprobó que se extendía hasta el íleon terminal y fueron necesarias dos enterotomías más para su eliminación completa. El postoperatorio cursó sin incidencias.

**Conclusiones.** 1. Normalmente el tricobezoar comprende sólo el estómago. Sin embargo, si no se diagnostica y se detiene la tricofagia, puede alcanzar gran tamaño y llegar ocupar todo el intestino. 2. Los casos de Síndrome de Rapunzel son los que más sintomatología provocan. Así mismo, conllevan un importante número de consultas previas al diagnóstico. 3. La cirugía requiere no sólo de gastrotomía sino de múltiples enterotomías para poder extraer todo el contenido.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.084 Enterocolitis necrotizante tardía asociada a intolerancia a proteínas alimentarias: A propósito de un caso.** Moreno Montero A, García Baglietto A, Calleja Aguayo E, Nevascas Del Río JA, Marhuenda Irastorza C. *Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.*

**Objetivos.** El síndrome de enterocolitis inducida por proteínas de alimentos (FPIES) es una reacción inmunitaria no mediada por IgE a uno o más alimentos específicos. Generalmente se presenta como vómitos y diarrea en lactantes pero en algunos casos puede presentarse de forma más agresiva. Su diagnóstico es clínico y la clínica remite al eliminar el alimento de la dieta.

**Material y Métodos.** Presentamos un caso clínico de intolerancia alimentaria que debuta con una enterocolitis necrotizante.

**Resultados.** Lactante de 2,5 meses de edad que presenta diarrea de 15 días de evolución con rechazo del alimento y vómitos las últimas 24 horas. La eliminación del meconio se produce las primeras 24 horas de vida y se inicia lactancia artificial desde el nacimiento. El paciente presenta deposiciones líquidas diarias desde el periodo neonatal con estancamiento pondoestatural y dos ingresos por deshidratación. Se realizó estudio de alergias que fue negativo. Ingresa para rehidratación y estudio de intolerancia alimentaria con analítica y ecografía anodinas. A las 12 horas presenta abdomen agudo y shock hipovolémico por lo que, después de estabilizar el paciente, se realiza laparotomía media hallando enterocolitis necrotizante con afectación desde yeyuno a íleon terminal. Después de diferentes intervenciones con resecciones varias presenta un síndrome de intestino corto en tratamiento con nutrición enteral y parenteral.

**Conclusiones.** La enterocolitis necrotizante tardía es una entidad poco frecuente generalmente descrita en pacientes con cardiopatía severa o alergia a las proteínas de leche de vaca. También hay que incluir las intolerancias a proteínas alimentarias como una posible causa de NEC tardía.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.085 ¿Existe relación entre la aparición de complicaciones y el momento de efectuar la herniorrafia inguinal en el prematuro?** De Haro Jorge I, Martín Solé O, García Smith N, Bejarano Serrano M, Manzanares Quintela A, Castañón García-Alix M, Aguilar Maluenda C. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

**Objetivos.** Estudiar la aparición de complicaciones de la hernia inguinal en nuestra población de prematuros y su relación con el momento de la intervención quirúrgica.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo de las hernias inguinales en prematuros nacidos en nuestro centro entre 2000 y 2011, ambos incluidos.

**Resultados.** Se identificaron 87 prematuros con 122 hernias. Se dividieron los casos en dos grupos. Grupo A: 54 herniorrafias durante el ingreso inicial. Grupo B: 68 herniorrafias en ingresos posteriores. En el grupo A la media de edad gestacional (EG) fue 28,7 sem y el peso medio al nacer 1.139 g, en el B la EG media fue 32,1 sem ( $p < 0,01$ ) y el peso medio 1.634 g ( $p < 0,01$ ). En el momento de la cirugía la media de edad fue 79,6 días de vida (ddv) en el grupo A y 120,5 ddv en el B ( $p < 0,01$ ) y el peso medio 2.463 g en el grupo A y 4477 g en el B ( $p < 0,01$ ). No hubo diferencias estadísticamente significativas en las complicaciones relacionadas con la herniorrafia, en la aparición de apneas postoperatorias, ni en los episodios de encarceración entre los dos grupos ( $p > 0,05$ ). Se observó un tiempo de hospitalización post-quirúrgico mayor en el grupo A (11,5 d vs 1,3 d).

**Conclusiones.** A pesar de que la edad y el peso en el momento de la cirugía es menor en el grupo A, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en la aparición de complicaciones postoperatorias, por lo que no hay datos objetivos que justifiquen posponer la herniorrafia cuando el diagnóstico se realiza antes del alta de la Unidad Neonatal.

*Forma de presentación: Póster*

## ÁREA: CIRUGÍA TORÁCICA

- **P.087 Ectopia cordis y hendidura esternal.** Tordable C, Delgado MD, Martí E, Moreno C, Morante R, González M, Gómez A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivos.** Se presenta un paciente con Ectopia cordis (patología congénita donde el corazón se encuentra en localización anómala) y hendidura esternal grave sin otras malformaciones asociadas en el cual se realiza cierre primario sin necesidad de parche esternal.

**Material y Métodos.** Varón a término sin diagnóstico prenatal, que presenta defecto esternal de 6 cm y ectopia cordis con defecto pericárdico. Se realiza cierre primario del defecto, con fresado del esternón y plastia de músculo pectoral mayor, al 35 día de vida.

**Resultados.** Durante la intervención no presentó alteraciones hemodinámicas, pero en el postoperatorio la rectificación de la pared anterior del ventrículo derecho provocó taquicardia sin hipotensión que respondió a drogas vasoactivas. Fue dado de alta el 18º día postoperatorio asintomático.

**Conclusiones.** En la literatura se presentan diferentes opciones para la reparación de este tipo de defectos (cierre primario, parches y plastias). A pesar de que defectos grandes de la pared torácica son habitualmente tratadas mediante parches, consideramos que la mejor

opción, cuando no hay otras alteraciones y el paciente permanece hemodinámicamente estable, es el cierre primario, evitando complicaciones como el rechazo del material y las infecciones.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.088 Cleft esternal superior: un caso de reparación quirúrgica primaria.** Di Crosta I, Royo Cuadra Y, Pueyo Gil C, Skrabski R, Guedea Martin A, Perera Martínez E, Maldonado Artero J. *Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.*

**Objetivos.** El cleft esternal es una malformación congénita poco frecuente. Se puede asociar a otras malformaciones más o menos graves. La corrección quirúrgica es indicada para proteger el corazón y los grandes vasos de traumatismos, para mejorar la dinámica respiratoria y por estética.

**Material y Métodos.** Un recién nacido de sexo femenino, a término, de 3.790 g, fue trasladado a nuestro Hospital con diagnóstico de cleft esternal. En el examen clínico presentaba buenas condiciones generales, un cleft esternal superior en forma de U, aplasia cutánea, rafe de la línea media, además de dos hemangiomas, en pierna y en labio inferior. Las pruebas de imagen pre-operatorias (radiografía de tórax, TAC, RMN cerebral y ecocardiografía) mostraban la anatomía del defecto y descartaban otras malformaciones asociadas.

**Resultados.** La paciente fue sometida a corrección quirúrgica a los 13 días de vida. Las barras esternales fueron separadas de los músculos pectorales y de la fascia pre-torácica y, tras resección en cuña del esternón inferior, se aproximaron. La paciente no presentó problemas hemodinámicos durante la intervención quirúrgica, fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos neonatales donde mantuvo soporte ventilatorio durante 60 horas para permitir la estabilización de la pared torácica. El postoperatorio transcurrió sin problemas.

**Conclusiones.** En conclusión, la corrección temprana permite un fácil cierre directo debido a la flexibilidad del tórax. La presencia de hemangiomas hace hincapié en la necesidad de investigar anomalías vasculares internas potencialmente letales. Es importante que antes de la operación se descarten mediante ecocardiografía, RMN y TAC otras malformaciones asociadas.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.089 Laceración traqueal tras aspiración de cuerpo extraño.** Delgado Cotán L, Jiménez Crespo V, Matute de Cárdenas JA, González Calle A, Mochon Martín A, Fernández Alguacil A, De Agustín Asensio JC. *Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** La perforación de la vía aérea tras aspiración de cuerpo extraño es excepcionalmente rara pero potencialmente mortal. Presentamos un caso de laceración traqueal.

**Material y Métodos.** Paciente mujer de 11 meses de edad sin antecedentes personales de interés que es remitida por aspiración de cuerpo extraño a vía aérea baja. Presenta tos persistente sin otra sintomatología respiratoria asociada, sospechando cuerpo extraño localizado en bronquio principal derecho. Se realiza fibrobroncoscopia urgente durante más de 2 horas sin lograr la extracción de un trozo de cristal enclavado en mucosa de pars membranosa a nivel de la

carina. Se repite el procedimiento 48 horas después siendo imposible su extracción, pero en esta ocasión además de los hallazgos previos se aprecia perforación de la pars membranosa.

**Resultados.** Se procede a realizar esternotomía media con circulación extracorpórea. Se realiza una apertura longitudinal anterior traqueal a nivel de la carina, apreciándose fragmento de metacrilato enclavado en pars membranosa que ha ocasionado una perforación de unos 7 mm aproximadamente que parece no haber alcanzado esófago. Se retira cuerpo extraño y se realiza cierre de la laceración con puntos sueltos de monofilamento reabsorbible. El paciente sale de circulación extracorpórea sin incidencias, siendo extubado en quirófano.

**Conclusiones.** La manipulación repetida de un cuerpo extraño con potencial capacidad lesiva entraña un riesgo cada vez mayor de perforación. El abordaje anterior de la vía aérea distal bajo soporte de circulación extracorpórea nos permite la retirada segura del cuerpo extraño y la reparación de la laceración traqueal de forma rápida y segura.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.090 Uso del cianoacrilato para el tratamiento alternativo de fístula traqueo-esofágica recidivante.** Velázquez Frago L<sup>1</sup>, Tirado Pascual M<sup>1</sup>, Barrientos Fernández G<sup>1</sup>, Portero Navarro J<sup>2</sup>, Pérez-Etchepare Figueroa E<sup>1</sup>, Gómez Culebras M<sup>1</sup>, Soriano Benítez de Lugo D<sup>1</sup>, Antón Hernández L<sup>1</sup>, Tracchia Becco R<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica, <sup>2</sup>Servicio de Radiología Intervencionista. *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.*

**Objetivos.** Los cianoacrilatos son una clase de colas sintéticas compuestas por N-butil-2-cyanoacrylate que solidifican rápidamente en contacto con agua o sangre. La oclusión subtotal es inmediata y el cierre total en horas. Es utilizado en radiología intervencionista para el tratamiento de diversas patologías. Exponemos un caso clínico en el que se utilizó como tratamiento excepcional con buenos resultados

**Material y Métodos.** Niña de tres años con antecedentes de atresia de esófago tipo III intervenida al nacimiento que presentó recidiva de la fístula traqueo-esofágica. Se trató en dos ocasiones, una endoscópica en otro centro y otra quirúrgica realizándose disección y cierre directo de la fístula, dejando colgajo de músculo intercostal suturado a tráquea; presentando nuevamente recidiva de la fístula comprobada por TEGD, por lo que se decide llevar a cabo tratamiento alternativo

**Resultados.** Bajo control radioscópico en la sala de radiología intervencionista y broncoscopia rígida simultánea, se canaliza la fístula desde el esófago, y se inyecta en ella retrógradamente Cianoacrilato diluido en Lipiodol hasta ocluírla. En control radioscópico inmediato se comprueba dicho cierre y se deja drenaje aspirativo en esófago (Replodge). Los controles por TEGD posteriores demuestran el cierre completo de la fístula

**Conclusiones.** Las FTE tras la corrección de atresia de esófago constituyen un grave problema. Hasta ahora se han utilizado derivados de fibrina sin buenos resultados a largo plazo. El uso del Cianoacrilato es un tratamiento seguro y efectivo según muestra la literatura y ha sido eficaz en nuestro caso

*Forma de presentación: Póster*

- **P.091 Secuestro lobar infradiafragmático versus quiste de duplicación esofágico. ¿Es fácil su diagnóstico diferencial?** Manzanares A, Tarrado X, Prat J, Muñoz E, Martín O, Castañón M. *Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona.*

**Objetivos.** El secuestro pulmonar infradiafragmático (SPI) es una malformación congénita de baja prevalencia cuyo diagnóstico diferencial puede ser complejo, debiendo incluirse en él otras entidades como quiste de duplicación, neuroblastoma o teratoma.

**Material y Métodos.** Caso clínico

**Resultados.** Neonato a término con diagnóstico prenatal de masa infradiafragmática. En la exploración inicial del paciente no se evidenciaron hallazgos significativos. En las pruebas de imagen postnatales (ecografía y CT) se demuestra una masa infradiafragmática entre hígado, estómago y cuerpo pancreático, heterogénea, bien definida, de 39mm de diámetro, con áreas sólidoquísticas, paredes engrosadas y con un vaso arterial sin origen identificable. Glándulas suprarrenales sin relación con la lesión descrita, descartando así el origen suprarrenal de la misma. Como primer diagnóstico se propuso duplicación esofágica, debiendo considerar el SPI como alternativa. Tras un curso clínico sin incidencias a los 10 meses se practica cirugía con exéresis total de la lesión mediante laparoscopia. En la cirugía se evidenció una tumoración en íntimo contacto con la musculatura esofágica y pilar diafragmático derecho, sugiriendo de nuevo como primera posibilidad diagnóstica un quiste de duplicación esofágico. La anatomía patológica definitiva demostró que la lesión se trataba de un secuestro pulmonar.

**Conclusiones.** El secuestro pulmonar es una malformación congénita de baja prevalencia, el 2-10% son de presentación infradiafragmática. El diagnóstico prenatal ha permitido identificar múltiples lesiones en el área suprarrenal, suponiendo un reto diagnóstico que en ocasiones sólo los hallazgos anatomopatológicos dilucidan un diagnóstico definitivo.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.092 Tratamiento toracoscópico de un secuestro pulmonar en un neonato.** González Herrero M, Morante Valverde R, Moreno Zegarra C, Tordable Ojeda C, López Díaz M, García Vázquez A, Cano Novillo I, Benavent Gordo MI, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivos.** Los pacientes diagnosticados de secuestro pulmonar en pocas ocasiones presentan clínica durante el periodo neonatal, permitiendo realizar la cirugía de forma programada. Presentamos el tratamiento quirúrgico mediante abordaje toracoscópico de un secuestro pulmonar en un neonato de 9 días de vida.

**Material y Métodos.** Revisión de caso clínico.

**Resultados.** Neonato con diagnóstico intrauterino de malformación pulmonar de vía aérea que presenta al nacimiento importante dificultad respiratoria, que precisó intubación dado el mal control ventilatorio. En la radiografía de tórax se identifica una gran masa en hemitórax izquierdo, que desplaza el mediastino a la derecha y una imagen compatible con neumotórax derecho. La ecografía torácica confirmó el diagnóstico de secuestro pulmonar. Dado el empeoramiento clínico se decide intervenir quirúrgicamente. Se realizó una toracoscopia con 4 trócares, consiguiéndose la extirpación

completa del secuestro pulmonar extralobar. Se encontró asimismo una bulla pulmonar en cara inferior del lóbulo inferior izquierdo de gran tamaño que se abrió y suturó. Durante la intervención el paciente permaneció estable termodinámicamente y con buen control ventilatorio. Posteriormente permanece en UCI neonatal 12 días tras la cirugía, siendo dado de alta asintomático y sin incidencias.

**Conclusiones.** La toracoscopia es una vía de abordaje adecuada para el tratamiento quirúrgico de las malformaciones pulmonares en recién nacidos y lactantes, ya que evita la morbilidad asociada a la toracotomía neonatal. Su utilización se puede extender a pacientes con inestabilidad respiratoria cuando la técnica es realizada por equipos habituados a ella.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.093 Blastoma pleuropulmonar vs quiste broncogénico.** García-Núñez B, Brun Lozano N, Sánchez Vázquez B, Riba Martínez M, Pisa S, Roca N, Albaladejo S, Bardaji Pascual C. *Corporació Sanitaria i Universitaria ParcTaulí. Sabadell (Barcelona).*

**Objetivos.** El blastoma pleuropulmonar (BPP) es un tumor primario pulmonar maligno excepcional, que ocurre sobre todo en menores de 6 años. Su diagnóstico habitualmente es incidental, en el contexto de una neumonía y confundiendo fundamentalmente con quistes broncogénicos, y más rara vez, con malformaciones adenomatoideas quísticas. Hasta en un 25% de las ocasiones puede presentarse asociados a otros tipos de neoplasias del mismo origen disembrionario mesenquimal. Existen 3 variantes: BPP quístico, mixto y sólido, y el tratamiento de elección es quirúrgico seguido de quimioterapia agresiva.

**Material y Métodos.** Presentamos una paciente de 2 años que, en el contexto de una neumonía, se objetivó una lesión pulmonar en el segmento VI pulmón derecho que la TC informó de quiste broncogénico. Fue intervenida de manera programada y el diagnóstico definitivo de BPP lo dio la histopatología.

**Resultados.** Actualmente han pasado 6 meses de la cirugía, y la paciente permanece en tratamiento quimioterápico, libre de enfermedad.

**Conclusiones.** En nuestro caso, ni la clínica ni las pruebas de imagen permitieron sospechar el diagnóstico de BPP. Ante una imagen pulmonar que no cumpla bien con los parámetros de neumonía en la radiografía, se debe solicitar una prueba de imagen complementaria, siendo la TC y/o la RM, los métodos que más rápidamente permiten aproximarse a un diagnóstico etiológico. En ocasiones no es hasta el resultado histopatológico que se alcanza el diagnóstico certero, por lo que creemos que es un motivo más para insistir en el tratamiento quirúrgico de todo quiste broncogénico o MAQ al conocer la existencia de este tipo de tumores.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.094 Hemotórax masivo por exostosis costal.** GarcíaGómez M<sup>1</sup>, Díaz Moreno E<sup>1</sup>, Ruiz Montes AM<sup>1</sup>, Quero Valenzuela F<sup>2</sup>, Giraldo Ospina CF<sup>2</sup>, Hernández Escobar F<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica, <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Torácica. *Hospital Universitario Virgen de Las Nieves. Granada.*

**Objetivos.** Las exostosis, también llamadas osteocondromas, son excrescencias óseas benignas. Pueden ser solitarias y hallarse de manera casual o tras un traumatismo, o encontrarse como exostosis hereditaria múltiple (HME). Su localización costal es poco frecuente. Presentamos un caso clínico de una presentación inusual de exostosis costal.

**Material y Métodos.** Varón de 13 años sin antecedentes familiares y personales de interés, acude por presentar hemotórax masivo tras un traumatismo torácico derecho. Se realiza radiografía de tórax donde se visualiza el hemotórax masivo derecho y TC con reconstrucción 3D hallándose exostosis costal de 5º arco anterior.

**Resultados.** Se realizó videotoroscopia hallándose hemotórax coagulado y exostosis costal incisa de 2 cm con crecimiento intratorácico y en contacto con diafragma. Se procede a la desperiostización y extirpación de fragmento costal de 5º arco anterior con exostosis. No se visualiza ningún punto de hemorragia activa. El paciente evolucionó favorablemente.

**Conclusiones.** Los osteocondromas costales son muy poco frecuentes y generalmente asintomáticos, pero pueden dar lugar a dolor o disnea, por lo que se deben considerar en el diagnóstico diferencial. En los pacientes con HME son relativamente frecuentes y siempre se deben considerar. Las complicaciones de las exostosis costales son raras, pero puede aparecer hemotórax, neumotórax y derrame pericárdico. En ausencia de sintomatología no está claro el tratamiento quirúrgico.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.095 La cirugía pediátrica en el síndrome de Gorham Stout: quilotórax bilateral recidivante y refractario.** Riba Martínez M<sup>1</sup>, García-Núñez B<sup>1</sup>, Brun Lozano N<sup>1</sup>, Sánchez Vázquez B<sup>1</sup>, San Vicente Vela B<sup>1</sup>, Laín Fernández A<sup>2</sup>, Asensio Ó<sup>1</sup>, Rigol S<sup>1</sup>, Bardají Pascual C<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). <sup>2</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** El síndrome de Gorham Stout (SGS) es una enfermedad rara de etiología desconocida, causada por una proliferación endotelial de vasos linfáticos que produce osteólisis progresiva. El desencadenante suele ser un traumatismo que origina un proceso de linfangiomatosis y con ello, una osteólisis, mediada por Il-6, VEGFr3, LYVE-1. También asocia displasia linfática a nivel pleural con infiltración del conducto torácico. La clínica viene determinada por la afectación ósea junto a episodios de quilotórax recidivantes y refractarios. El diagnóstico clínico es de exclusión y suele requerir radiografías, scanner y/o resonancia magnética, gammagrafía y linfangiografía. La biopsia de las lesiones mostrará tejido linfático positivo al anticuerpo monoclonal D2-40.

**Material y Métodos.** Presentamos un niño diagnosticado de SGS a la edad de 5 años, con afectaciones osteolíticas costovertebrales dorsolumbares y episodios de quilotórax bilaterales recidivantes limitantes para el paciente. Las fracturas patológicas se trataron con ácido zolendrónico. El tratamiento del quilotórax comenzó con restricción de ácidos grasos de la dieta y tratamiento inmunosupresor. Se realizó después toracotomía derecha e izquierda con colocación de 2 válvulas de drenaje pleuroperitoneal de Denver y ligadura del conducto torácico. Posteriormente, pleurodesis con mitomicina, do-

xiciclina para esclerosar la malformación limfangiomatosa torácica con posterior resección de la misma, y finalmente radioterapia.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.096 Rotura diafragmática derecha por colisión de alta energía.** Amat Valero S, Santamaría Ossorio JI, Enríquez Zarabozo EM, Cavaco Fernandes Rute I. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil. SES. Badajoz.

**Objetivos.** La rotura diafragmática es una lesión infrecuente con tasas variables de morbimortalidad. Los mecanismos etiopatogénicos no están bien definidos, aunque parece contribuir que el diafragma es un músculo delgado con un tendón central rígido con poca distensibilidad a los cambios de presión no uniformes. Aunque no existe predominio de lateralidad, las lesiones del hemidiafragma derecho suelen ser más difíciles de diagnosticar y asocian mayor gravedad.

**Material y Métodos.** Presentamos el caso de un niño con politraumatismo por accidente de tráfico con colisión.

**Resultados.** Niño de 6 años con politraumatismo por colisión frontal en accidente de tráfico. Hemodinámicamente estable, TA 98/61 mmHg, Sat O<sub>2</sub> 96-98% con mascarilla con reservorio, consciente y orientado, Glasgow 15 puntos. Tiraje subcostal con empleo de musculatura accesoria respiratoria. En la ACP hipoventilación marcada de hemitórax derecho. Lesiones erosivas en hemitórax y hemiabdomen derecho producidas por el cinturón de seguridad. Abdomen blando y depresible levemente doloroso. Fractura diafisaria de húmero derecho con desplazamiento. Rx Tórax y TC Toraco-Abdominal: ocupación del hemitórax derecho por lóbulo hepático. Desgarro del diafragma en sentido oblicuo que atraviesa prácticamente hemidiafragma derecho en sentido postero-lateral. Presenta anemia aguda progresiva con caída cifras de Hb/Htco que precisa transfusión de concentrado de hematies. Se realiza toracotomía derecha, hemostasia de laceración hepática en segmento V, reducción de la hernia y sutura diafragmática.

**Conclusiones.** Las lesiones aisladas de diafragma son infrecuentes, entre el 0% y el 7%, asociándose generalmente a lesiones torácicas y abdominales, por lo que es imprescindible realizar un examen físico completo detallado cuando se diagnostique.

*Forma de presentación: Póster*

## ÁREA: CIRUGÍA ONCOLÓGICA

- **P.102 ¿Es el síndrome de Horner realmente un “clásico” en los neuroblastomas?** Martínez Castaño I, Girón Vallejo Ó, Cabrejos Perotti K, Fernández Ibieta M, Reyes Ríos P, Rojas Ticona J, Bermúdez Cortés M, Ruiz Jiménez JI. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

**Objetivos.** El síndrome de Horner se presenta como miosis, ptosis, enoftalmos, heterocromía del iris y anhidrosis facial. La causa más frecuente en la infancia es el trauma obstétrico. El neuroblastoma cervicotorácico ha sido descrito clásicamente como causa variando su frecuencia según las series. Se revisó su presencia en neuroblastomas diagnosticados en un período de 12 años.

**Material y Métodos.** Revisión retrospectiva de la clínica al diagnóstico de los 32 neuroblastomas tratados en el período 2000-2012.

Se analiza edad, localización, estadio, volumen tumoral, resección y evolución.

**Resultados.** Se identificaron 6 pacientes (18,75% del total y el 50% de los de localización cervicotorácica). La edad media fue 8 meses (2-11) con 4 neuroblastomas torácicos y 2 cervicales. Volumen medio de 20cc (4-48.7). En los 4 pertenecientes a estadio L1 se hizo resección completa. Se tomó biopsia del M y resección subtotal en el L2 con posterior remisión completa de todos los pacientes.

**Conclusiones.** El síndrome de Horner se presenta al diagnóstico en nuestra serie con una incidencia destacable en los neuroblastomas cervicotorácicos. Más frecuente en lactantes en estadio L1, con evolución favorable y remisión completa de la enfermedad. No se debe olvidar pues esta etiología tumoral en el diagnóstico diferencial a la hora de abordar a un lactante con esta entidad.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.103 Teratomas gigantes en la primera infancia.** Sanchís Blanco G, Mangas Álvarez L, Cortés Sáez J, Gutiérrez San Román C, Marco Macián A, Vila Carbó JJ. *Hospital Universitari y Politècnic La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** Mostrar la normalidad clínica y oncológica tras la exéresis quirúrgica de teratomas gigantes de distintas localizaciones en la infancia precoz.

**Material y Métodos.** Describimos tres casos de teratomas gigantes de localización cervical, sacrocoxigeo y retroperitoneal.

**Resultados.** *Caso 1:* Varón con masa sólido-quística cervical, colapso de la vía aérea-digestiva y polihidramnios. Cesárea urgente y procedimiento EXIT a las 32 semanas de edad gestacional (SEG), peso: 2000 g. Exéresis completa de la lesión (9x6,5x4 cm). Histología: teratoma inmaduro grado 2, peso: 160 g. No precisó quimioterapia (QT). Actualmente 14 meses: traqueomalacia en resolución, adecuada movilidad cervical y cicatrización. *Caso 2:* Mujer que nació por cesárea electiva a las 36 SEG, peso: 2.700 g. Masa sacra solido-quística de 21x16 cm dependiente del coxis sin afectación medular. Exéresis completa incluyendo coxis (peso: 1.400 g). Histología: teratoma maduro. No precisó QT. Actualmente 5 años, continente y con buen resultado estético. *Caso 3:* Mujer diagnosticada a los 35 días de masa retroperitoneal heterogénea bien delimitada (10x9,5x8 cm) que desplaza estructuras adyacentes. Resección completa quirúrgica. Histología: teratoma inmaduro grado 3. No recibió QT. Actualmente 4 años, buen resultado estético y funcional. En nuestra serie no se administró QT adyuvante dada la extirpación completa del teratoma y la normalización de los marcadores tumorales. No hubo recidivas de enfermedad a medio plazo.

**Conclusiones.** Los teratomas gigantes pueden interrumpir el desarrollo fetal por secuestro sanguíneo u oligoamnios. Sin embargo, una vez finalizada la gestación, la cirugía es viable, resolutive, con buen resultado estético y funcional.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.104 Nódulos pulmonares en niños con cáncer: papel de la biopsia pulmonar.** Soares Ar, Alonso V, Vivas G, Millán A, Cabello R, Matute JA, De Agustín JC. *Hospital Universitario Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Valorar la rentabilidad diagnóstico-terapéutica de la biopsia pulmonar (BP) en niños con cáncer y nódulos pulmonares únicos/múltiples (NPU/NPM).

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo observacional de niños con NPU/NPM a quienes realizamos BP entre el 2002 y 2012. Analizamos los datos demográficos; estancia hospitalaria (EH), días de drenaje endotorácico (DET), estancia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), resultados anatomopatológicos (AP); abordaje quirúrgico; complicaciones postoperatorias, y mejoría pronóstica medida por remisión de la enfermedad.

**Resultados.** 14 BP realizadas en 11 pacientes (5 niños / 6 niñas): cinco pacientes con osteosarcoma (OS) (2 metástasis pulmonares múltiples (MPM); 2 metástasis pulmonares únicas (MPU); 1 NPU por lesión citotriaxial); cuatro pacientes con sarcoma de Ewing (SE) (3 MPM y 1 NPM por poliangeítis microscópica); una MPM de tumor de Wilms; y una MPU de nefroma mesoblástico. La edad media fue 165 meses (rango: 120-232). La EH media 6 días (rango 1-14). El tiempo medio del DET 2,8 días (rango 1-6). El 57% (8/14) ingresó en UCI. 10 BP (71%) se realizaron mediante toracotomía: 7 BP en 5 pacientes con OS y 3 MPM de SE; el 29% restante (4 BP) mediante toracoscopía (2 marcadas con azul de metileno). 3 pacientes (21%) presentaron complicaciones postoperatorias leves. 6 (54%) de los 11 pacientes presentan remisión completa. El 36% (4/11) presenta remisión parcial. 1 paciente falleció por progresión de su enfermedad.

**Conclusiones.** - La BP de NP en niños con cáncer tiene alto valor diagnóstico-terapéutico, y mejora el pronóstico de esta población. - El abordaje toracotómico es el más frecuentemente realizado.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.105 Quiste broncogénico gástrico simulando un tumor suprarrenal.** Prada Arias M<sup>1</sup>, Montero Sánchez M<sup>1</sup>, Tallón García M<sup>2</sup>, Juaneda Magdalena Benavides L<sup>3</sup>, González-Carrero Fojón J<sup>3</sup>, Fernández Eire P<sup>1</sup>, Lema Carril A<sup>1</sup>, Gómez Veiras J<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Sección de Cirugía Pediátrica, <sup>2</sup>Servicio de Pediatría, <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica. *Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.*

**Objetivos.** Presentación de un raro caso de quiste broncogénico gástrico pediátrico.

**Caso Clínico.** Niña con diagnóstico prenatal de quiste intradominal. Al nacimiento se realizan estudios de imagen (Ecografía, RNM y Gammagrafía) que concluyen como posibilidades diagnósticas más probables quiste adrenal congénito o ganglioneuroma. Enolasa neuronal específica y catecolaminas en orina normales. En RNM realizada al 5º mes de vida se evidencia crecimiento respecto a estudio previo, por lo que se indica cirugía. Mediante laparotomía se extirpa una tumoración quística en la pared gástrica posterior sin comunicación con luz intestinal.

**Resultados.** El estudio histológico es diagnóstico de quiste broncogénico. Postoperatorio sin incidencias.

**Conclusiones.** Los quistes derivados del intestino primitivo anterior incluyen los tipos broncogénicos, esofágicos, gastroentéricos y pericárdicos. Su localización más frecuente es el mediastino (90%). Los QB infradiaphragmáticos son raros y la localización gástrica excepcional. En las pruebas de imagen la lesión puede ser erróneamente diagnosticada de masa sólida en casos de contenido mucinoso espeso. En los pocos casos publicados el diagnóstico siempre se ha establecido.

cido tras la exéresis del quiste, como en nuestro caso. El tratamiento es la exéresis completa, que permite establecer su diagnóstico, evitar complicaciones y prevenir su posible malignización. Desde un punto de vista histológico deben de tener epitelio ciliado de tipo respiratorio con presencia de cartílago y/o glándulas mucosas bronquiales en su pared. A pesar de su rareza, el QB debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de las masas suprarrenales en niños.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.106 Gran hamartoma mesenquimal hepático: presentación de un caso.** García Smith N, Palazón P, Carrasco R, Martín O, Manzanares A, Bejarano M, De Haro I, Vancells M, Ribó JM. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Unidad de Cirugía Oncológica Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.*

**Objetivos.** El hamartoma mesenquimal hepático (HMH) es una tumoración benigna que suele presentarse en pacientes menores de tres años. A pesar de ser la segunda causa de neoplasia hepática benigna en la infancia, es poco frecuente. La presentación típica es una gran masa abdominal palpable sin otra sintomatología acompañante. Presentamos el caso de una paciente de 5 años con un HMH y su manejo quirúrgico.

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

**Resultados.** Mediante ecografía, TC y colangio-RM abdominal se visualiza una gran masa quística multiloculada de 19 cm de diámetro dependiente de lóbulo hepático derecho que ejerce efecto masa sobre órganos vecinos, sugestiva de HMH. Los marcadores tumorales se encuentran dentro de la normalidad. Se realiza exéresis completa de la tumoración a través de una incisión de laparotomía conservando el máximo tejido hepático posible. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de HMH. Actualmente la paciente está asintomática.

**Conclusiones.** El HMH es un tumor benigno, de pronóstico excelente. Excepcionalmente puede regresar de manera espontánea pero, debido a la posibilidad de malignización hacia sarcoma hepático y a su proliferación con compresión de órganos vecinos, se indica tratamiento quirúrgico en la mayoría de ellos. El tratamiento de elección es la exéresis completa.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.107 Rápida respuesta de hemangioma hepático multifocal al tratamiento con propranolol.** Fernández Ibieta M, Méndez Aguirre Neri A, Girón Vallejo O, Ruiz Jiménez JI. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Objetivos.** El hemangioma hepático multifocal (HHM) es una anomalía vascular poco frecuente e infradiagnosticada, que se comporta como un hemangioma hepático infantil, aunque puede producir insuficiencia hepática congestiva por la formación de fístulas arteriovenosas. El síndrome de Cornelia de Lange se define clínicamente por la presencia de rasgos fenotípicos característicos: microcefalia, sinofridia (cejas finas y arqueadas), anomalías en las extremidades, hirsutismo y retraso psicomotor

**Material y Métodos.** Describimos un caso, diagnosticado a los 5 meses de vida en una niña que asociaba síndrome de Cornelia de Lange, y HHM.

**Resultados.** Lactante con síndrome de Cornelia de Lange en la que en ecografía abdominal realizada por control rutinario a los cinco meses de edad, se detecta moderada hepatomegalia, con hígado de eco estructura heterogénea y múltiples lesiones nodulares irregulares compatibles con hemangiomas. Aunque el HHM era asintomático, presentaba fenómeno de robo arterial aórtico proximal al tronco celiaco, en las pruebas de imagen (diámetro de aorta superior a tronco celiaco de 4,6 mm e inferior de 2,7 mm). El tratamiento con Propranolol a 2 mg/kg/día durante 6 meses fue muy eficaz, demostrándose la desaparición de las lesiones a los dos meses del inicio del tratamiento, sin provocar efectos adversos indeseables. No se apreció recurrencia de las lesiones al año de terminado el tratamiento.

**Conclusiones.** Hay muy pocos casos publicados de pacientes con HHM hepáticos multifocales tratados con Propranolol, con resultados óptimos y excelente tolerancia. Consideramos que el Propranolol, por su potencial anti-angiogénico ya ampliamente conocido, puede ser una opción de primera línea en el tratamiento de los HHM

*Forma de presentación: Póster*

- **P.108 Hemangioma tipo Nich: cirugía radical tras embolización preoperatoria.** Vázquez Rueda F, Gómez Beltrán O, Castillo Fernández L, Lasso Betancor C, Ayala Montoro J, Zurera Tendero L. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Objetivos.** Los hemangiomas congénitos son un tipo de tumor vascular que difiere de los hemangiomas infantiles. Se presentan como una lesión solitaria plenamente formada al nacimiento, ovalada, rojo-violácea. Pueden ser rápidamente involutivos (RICH) o no involutivos (NICH) No presentan inmunorreactividad endotelial frente GLUT-1.

**Material y Métodos.** Se expone el caso de una paciente con hemangioma congénito tipo NICH.

**Resultados.** Niña de 19 meses, fruto de embarazo gemelar de 26 semanas, que presenta desde el nacimiento tumoración exoftálica, violácea, blanda, localizada en hemitórax anterior derecho. La ecografía muestra una lesión subcutánea bien delimitada, con múltiples vasos en su interior. La resonancia revela una masa de partes blandas en pared torácica anterior. Se considera como hemangioma infantil y se pauta manejo con propranol oral, sin obtener mejoría. Se diagnostica de hemangioma congénito y se indica tratamiento conservador. La lesión persiste a los 18 meses de edad. Se descarta el diagnóstico de RICH y se considera como NICH. Radiología intervencionista efectúa arteriografía subclavia derecha, evidenciando una lesión de alto flujo irrigada por numerosas ramas de las arterias subclavia y mamaria interna derechas, las cuales se embolizan. Se lleva a cabo exéresis quirúrgica radical de la pieza. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de hemangioma congénito tipo NICH.

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

*Forma de presentación: Póster*

- **P.109 Cirugía radioguiada con sonda gamma en la recidiva del feocromocitoma.** Velázquez Fragoso L<sup>1</sup>, Uña Gorospe J<sup>2</sup>, Tirado Pascual M<sup>1</sup>, Pérez-Etchepare Figueroa E<sup>1</sup>, Barrientos Fernández G<sup>1</sup>, Gómez Culebras M<sup>1</sup>, Soriano Benítez de Lugo D<sup>1</sup>, Antón Hernández L<sup>1</sup>, Tracchia Becco R<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** Presentamos el caso de un niño de 11 años con antecedentes de adrenalectomía bilateral por feocromocitoma al que cuatro años tras la cirugía, se detectó elevación de los niveles urinarios de metanefrinas. Se realizó una gammagrafía I123-MIBG y TC-SPECT que demostraron una captación patológica intraabdominal correspondiente a un nódulo situado entre la arteria mesentérica superior y el proceso uncinado del páncreas. La imagen sugería recidiva. Debido a la dificultad de acceso quirúrgico, decidimos cirugía radioguiada.

**Material y Métodos.** El día previo a la cirugía se administró I123-MIBG iv. Tras maniobra de Kocher y liberación del duodeno hasta la aorta donde se detectó un nódulo de 14 x 8 mm, se confirmó la naturaleza del nódulo con la sonda gamma. Con rastreo posterior del lecho quirúrgico se confirmó que la lesión se había eliminado totalmente.

**Resultados.** La evolución posquirúrgica fue satisfactoria con normalización de los niveles urinarios de metanefrinas y la anatomía patológica fue paraganglioma. Seis meses más tarde se le realizó una gammagrafía I123-MIBG que demostró la ausencia de captación patológica.

**Conclusiones.** Este es el primer caso de recidiva de feocromocitoma que se diagnostica por medio de SPECT-TAC técnica híbrida y se realiza tratamiento quirúrgico basado en la localización radioguiada con sonda gamma. La resolución de la enfermedad se demostró en el seguimiento de análisis de orina y la gammagrafía con I123-MIBG. Esto demuestra que un punto de vista multidisciplinar de la enfermedad ayuda en el manejo del paciente, lo que hace más fácil el procedimiento quirúrgico y disminuye la morbilidad.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.110 Lactante con debilidad de miembros inferiores; diagnóstico de una patología frecuente por una sintomatología inusual.** Granero Cendón R, Vázquez Rueda F, Peña Rosa MJ, García Ceballos AM, Lasso Betancor CE, Gómez Beltrán ÓD. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivos.** Presentamos el caso de una lactante con debilidad progresiva de miembros inferiores de una semana de evolución

**Material y Métodos.** Niña de 9 meses que ingresa por dificultad a la sedestación y al gateo. Los padres habían consultado previamente por hematomas palpebrales sin presentar traumatismos asociados. En la exploración física destacan ojeras marcadas a la inspección y no mantener sedestación. Hemograma, bioquímica, EEG y ecocardiograma normales.

**Resultados.** Ante la sospecha de síndrome de Guillain-Barré inicia tratamiento con gammaglobulina. Durante el ingreso aparecen equimosis periorbitarias, tumefacción paraorbitaria derecha y en ángulo mandibular izquierdo. Se completa estudio con radiografías de cráneo (lesión lítica en mandíbula y esfenoideas), ecografía de partes

blandas (masa en ángulo mandibular y arco cigomático izquierdo) y ecografía abdominal (masa retroperitoneal dependiente de glándula suprarrenal izquierda). En la evolución se mantiene la hipotonía y se objetiva protopsis bilateral, palpándose masa en hemiabdomen izquierdo que sobrepasa línea media, por lo que se completa el estudio con catecolaminas en orina, gammagrafía y médula ósea y TAC de cabeza, tórax y abdomen confirmándose el diagnóstico de neuroblastoma de probable origen suprarrenal izquierdo estadio IV

**Conclusiones.** El neuroblastoma es un tumor maligno derivado de células de la cresta neural embrionaria que aparece en el sistema nervioso simpático, con una clínica variable y dependiente de la localización del tumor primario, su tamaño, grado de diseminación, secreción tumoral de catecolaminas y la edad del paciente. La paraparesia como debut de un neuroblastoma es infrecuente, pudiendo requerir cirugía urgente en el caso de provocar un síndrome compartimental.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.111 Seguimiento a largo plazo de un angioblastoma de células gigantes.** Rojo Díez R, Berenguer Fröhner B, Marín Molina C, Tardáguila Calvo AR, De Tomás y Palacios E. Hospital Materno-Infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** El angioblastoma de células gigantes es un raro tumor de partes blandas, con gran agresividad local y que afecta a niños en edad escolar. Presentamos un caso de angioblastoma de células gigantes, describiendo su tratamiento inicial y el seguimiento a largo plazo.

**Material y Métodos.** Mujer, 2 años, que consulta por lesión eritematosa, elevada y de bordes irregulares, de reciente aparición, que afecta a la pared torácica, bordeando la areola mamaria izquierda. Se biopsia con el diagnóstico de angioblastoma de células gigantes. Por su naturaleza oncológica, se reseca la lesión con un margen de 4 cm y el defecto se cubre con injerto de piel libre de muslo. No se produce recidiva en los cinco años siguientes. En una segunda etapa, se interviene a la paciente para la colocación de expansores tisulares y la disección de colgajos laterales que permiten cubrir el tejido previamente injertado, preparando la región para la reconstrucción mamaria definitiva. Con 13 años, cuando ha comenzado la telarquía, se implanta un expansor mamario, que será sustituido por una prótesis cuando el desarrollo de la mama contralateral finalice.

**Resultados.** Tras once años de seguimiento, se ha conseguido una resección oncológica completa y una reparación de la pared torácica estéticamente adecuada para una niña de su edad.

**Conclusiones.** El angioblastoma de células gigantes debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones vasculares. El seguimiento a largo plazo permite un adecuado calendario quirúrgico hasta lograr una resolución oncológica y un aspecto estético aceptable a las características del paciente.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.112 Lipoma de cordón espermático: presentación de un caso.** Murcia Pascual FJ, Vázquez Rueda F, Lasso Betancor CE, Granero Cendón R, Gómez Beltrán ÓD, Betancourt Alvarenga JE. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivos.** Los tumores paratesticulares en la infancia son raros, representando aproximadamente menos del 1% de los tumores sólidos, siendo la mayoría benignos. Presentamos un caso de un lipoma de localización atípica, paratesticular intraescrotal, en la infancia.

**Material y Métodos.** Niño de 9 años que acude a urgencias por masa paratesticular dolorosa de aparición reciente. A la exploración física se palpan ambos testículos de tamaño normal en bolsa escrotal, con reflejo cremastérico conservado; masa paratesticular (2,5x3 cm) adherida a hemiescrotal derecho de consistencia elástica, que desplaza el testículo medialmente. Inicialmente se lleva a cabo ecografía que confirma testículos normales y posible hernia epiploica no reductible, sin poder descartar un lipoma u otras tumoraciones. Posteriormente se practica RMN compatible con lipoma intraescrotal. Marcadores tumorales normales.

**Resultados.** Se programa cirugía inguinoescrotal, con exéresis radical, conservando íntegro testículo y cordón espermático. Evolución postoperatoria favorable. Macroscópicamente se observa una neoformación ovoide de superficie lisa, hipervascularizada y encapsulada. Histológicamente presenta un tejido adiposo amarillento, homogéneo, con zonas de coloración grisácea más congestiva, compatible con lipoma.

**Conclusiones.** El lipoma es una de las tumoraciones benignas más frecuentes en la infancia, siendo la localización escrotal poco frecuente. Aunque su capacidad de malignización y recidiva es escasa, se recomienda seguimiento a largo plazo.

*Forma de presentación: Póster*

## ÁREA: CIRUGÍA UROLÓGICA

- **P.117 ¿El tipo de abordaje modifica las necesidades de analgesia endovenosa postoperatoria en la pieloplastia Anderson-Hynes?** Blázquez-Gómez E<sup>1</sup>, García-Aparicio L<sup>2</sup>, Martín O<sup>2</sup>, Manzanera A<sup>2</sup>, Bejarano M<sup>2</sup>, García-Smith N<sup>2</sup>, Heredia Pérez MP<sup>1</sup>, Rodó J<sup>2</sup>, Ribó JM<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Hospital Universitario Virgen Macarena. Universidad de Sevilla. <sup>2</sup>Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.

**Objetivos.** Comparar las necesidades de analgesia postoperatoria endovenosa (ev) en pacientes sometidos a pieloplastia tipo Anderson-Hynes en función del tipo de abordaje, abierto o laparoscópico.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo en el que se ha revisado la pauta analgésica y el número de días bajo analgesia endovenosa, de aquellos pacientes sometidos a pieloplastia tipo Anderson-Hynes entre los años 2007 y 2012 en nuestro hospital. Se han comparado dos grupos según el tipo de abordaje, abierto (grupo CA) y laparoscópico (grupo CL). Se han excluido los pacientes que sufrieron complicaciones en el postoperatorio inmediato y aquellos con datos de analgesia postoperatoria incompletos. Se ha usado el test de t-Student para variables cuantitativas y el test de Fisher para variables cualitativas mediante el paquete SPSS 18.0

**Resultados.** Se han analizado 93 pacientes de los 99 sometidos a esta cirugía. La falta de datos en 6, redujo la muestra a 87 pacientes (CA: 38 y CL: 49). La pauta de analgesia ev utilizada fue: Metamizol+Paracetamol (M+P) en 73 pacientes, Metamizol en 3,

Paracetamol ev en 8, Tramadol en 1 y BIC de Dolantina en 2. No se evidenciaron diferencias significativas entre los grupos CA y CL.

La media en días de duración del tratamiento endovenoso fue: M+P: 4,1 ( $\pm$  2,04); Metamizol: 3 ( $\pm$  1); Paracetamol: 3,88 ( $\pm$  1,72); Tramadol: 2 ( $\pm$  2,8) y BIC de Dolantina: 1,67  $\pm$  (1,5). No se evidenciaron diferencias significativas entre los grupos CA y CL.

**Conclusiones.** El tipo de abordaje en la pieloplastia no ha modificado en nuestro hospital la pauta de analgesia ni la duración de la misma.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.118 Aportación de la gammagrafía con DMSA en la indicación quirúrgica de la epu en menores de 2 años. Revisión de nuestra serie, resultados y conclusiones.** García González M, País Piñeiro E, RodríguezMartínez de Llano S, Marco Martín C, Rodríguez Ruiz M, Curros Mata N, Dargallo Carbonell T, Somoza Argibay I, Gómez Tellado M, Caramés Bouzan J, Vela Nieto D. *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

**Objetivos.** La indicación de pieloplastia en menores de dos años es un tema controvertido puesto que no existe un gold estándar para su indicación, sobre todo en los menores de 6 meses. La valoración conjunta de todas las pruebas diagnóstica es clave presentando la gammagrafía con DMSA un valor añadido cuando presenta áreas de especial interés (defectos focales no piélicos de captación) como indicador precoz de afectación renal.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo, revisando las pieloplastias en menores de 2 años realizadas en los últimos diez años. Valoramos pruebas diagnósticas, correlación entre ellas y análisis anatomopatológico definitivo.

**Resultados.** De los 50 pacientes, 31 presentan criterios de inclusión. La edad media en el momento de la cirugía es de 8 meses y en todos los casos se realizó pieloplastia de Anderson Hynes. 12 pacientes presentaban Función renal supranormal del riñón afecto en las pruebas preoperatorias. 29 pacientes presentan hallazgos histopatológicos compatibles con fibrosis ureteral. En cuanto al DMSA hemos encontrado áreas de especial interés en el 58% de ellos mostrando solamente un 9% gammagrafía prequirúrgica sin alteraciones.

**Conclusiones.** Nuestra revisión de casos reconoce la habilidad del DMSA para detectar de manera precoz cambios estructurales y funcionales en riñones obstruidos por una EPU, constituyendo un valor diagnóstico añadido en la indicación quirúrgica cuando presenta áreas de especial interés, de especial relevancia en la valoración del paciente neonatal. La interpretación conjunta de estas pruebas diagnósticas muestra una valía superior a cualquier resultado aislado, el cual ha de ser interpretado de manera prudente, analizando de forma individualizada cada caso.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.119 Mecanismo pop-off en la recién nacida con malfunción del tracto urinario inferior.** Martín-Crespo Izquierdo R, Luque Pérez AL, Carrera Guermeur N, Ramírez Velandia H, Luque Mialdea R. *Complejo Hospitalario de Toledo.*

**Objetivos.** En el recién nacido varón portador de válvulas-de-uretra-posterior es bien conocida la existencia de mecanismos-”pop-

off” que evitan los efectos deletéreos de la hiperpresión vesical fetal, secundaria a la obstrucción infravesical, con preservación de la función renal. Presentamos la existencia de una fístula onfalo-vesical como mecanismo pop-off de protección de la función renal en una recién nacida portadora de malfunción-del-tracto urinario-inferior (MTUI), por primera vez en la literatura revisada.

**Material y Métodos.** Recién nacida con diagnóstico-prenatal precoz de fistula-onfalo-vesical. Al nacimiento, presenta orificio mucoso umbilical con emisión espontánea de orina. El diagnóstico se confirma mediante cistouretrografía-miccional-(CUMS) que demuestra una vejiga no descendida y ampliamente comunicada en su cúpula con el ombligo, en ausencia de reflujo vesico-ureteral (RVU) y obstrucción uretral orgánica. Al quinto día de vida se realiza el cierre de la comunicación vesico-umbilical con evolución postoperatoria satisfactoria.

**Resultados.** Durante el seguimiento urológico, se detecta la existencia de RVU bilateral activo de alta presión secundario a la existencia de MTUI, diagnosticada urodinámicamente (micción disfuncional-hiperactividad detrusor). El tratamiento de la MTUI favorece la resolución conservadora del cuadro a los 12 meses, con preservación de la función renal normal.

**Conclusiones.** La fistula-onfalo-vesical tiene, en esta niña, el efecto protector de una vesicostomía prenatal que evita la producción de RVU-fetal de alta-presión y protege al riñón del daño por hiperpresión-vesical. Característicamente, el cese del mecanismo-”pop-off” (cierre de la fístula-vesical) sin la resolución de la MTUI, pone en riesgo la función renal (aparición de RVU bilateral-activo-secundario). El diagnóstico de fístula-onfalovesical sugiere la existencia de obstrucción del TUI o MTUI.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.120 Protocolo de estudio de imagen tras la primera infección urinaria febril en menores de 2 años. ¿Cuál es el objetivodiagnóstico?** Rodrigo Jiménez MD<sup>1</sup>, Lumbreras Fernández J, Trillo Bris E<sup>2</sup>, Mir Perelló María C<sup>1</sup>, Hernández Calvarro AE<sup>3</sup>, Solacheche L<sup>4</sup>, Peña Vilorio C<sup>5</sup>, Frontera Juan G<sup>6</sup>. <sup>1</sup>Unidad de Nefrología Infantil, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica, <sup>4</sup>Servicio de Pediatría, <sup>5</sup>Servicio de Medicina Nuclear, <sup>6</sup>Unidad de Investigación. Hospital Universitario Son Espases. <sup>2</sup>Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

**Objetivos.** Se diseñó un nuevo protocolo de estudio de pacientes < 2 años con primera ITU febril en 2008 que incluía ecografía, DMSA en fase aguda y CUMS a todos los menores de un mes y varones menores de tres meses. En el resto de edades, CUMS si ECO o DMSA alterados. Se comparó la estrategia “ECO o DMSA alterado” versus “ECO y DMSA alterado” como screening para RVU de alto grado diagnosticado a través de CUMS

**Material y Métodos.** Se analizaron conjunta y retrospectivamente a todos los pacientes menores de dos años con ITU febril, sin antecedentes nefrourológicos, correspondientes al periodo 2002-2012, y que cumplían los criterios de inclusión

**Resultados.** Se revisaron 164 pacientes. Ningún paciente con Eco y DMSA normal presentaba RVU de alto grado pero seguíamos realizando un 76% de CUMS que eran normales o con RVU de bajo grado. El 96,2% de los pacientes con RVU de alto grado presentaban

la Eco o el DMSA alterado (sensibilidad de “ECO o DMSA” alterada para detectar RVU de alto grado), sin embargo la especificidad bajaba al 25,4%. No tenemos documentada ninguna reinfección en pacientes a los que no se realizó CUMS.

**Conclusiones.** Si el objetivo del estudio de imagen en la ITU febril es detectar el RVU de alto grado, nuestro protocolo es adecuado por su alta sensibilidad. Sin embargo, si el objetivo es encontrar la combinación de pruebas de imagen que permitiera evitar la realización de CUMS innecesarias, el protocolo es insuficiente y sería preciso buscar otros marcadores de RVU de alto grado.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.121 Incontinencia urinaria por la risa. Resultados del tratamiento con biofeedback.** Cortés Sáez J, Fonseca Martín R, Povo Martín I, Sanchís Blanco G, Estornell Morgagues JF, Domínguez Hinarejos C. H. *Univeristari i Politènic La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** La incontinencia risoria (IR) es la pérdida involuntaria de orina exclusivamente con los episodios de risa. Presentamos nuestra serie de casos tratados con uroterapia y biofeedback (BF).

**Material y Métodos.** Revisión retrospectiva de historias clínicas de niños diagnosticados de IR en nuestro centro, tratados con BF durante 2011-2012. Se analizaron antecedentes médicos, quirúrgicos y psicológicos, edad de inicio de los síntomas, exploraciones ecográficas y urodinámicas y los resultados obtenidos.

**Resultados.** Analizados 8 pacientes (6 mujeres y 2 varones). Edad media al diagnóstico: 10,57 años (rango 5,67-13,75). Antecedentes: 1 (12,5%) había presentado reflujo vesicoureteral; 3 (37,5%) intervenidos por procesos no urológicos y 3 (37,5%) con problemas psicoconductuales. Uroflujometría normal en 7 (87,5%) y curva en “stacatto” sin residuo postmiccional en 1 (12,5%). Ecografía renovesical normal en todos. 6 pacientes (75%) respondieron al tratamiento, 4 (50%) con respuesta completa y 2 (25%) parcial. 2 pacientes (25%) no mejoraron. Todos los que respondieron cumplieron el programa tanto en su fase hospitalaria como domiciliaria. Los 2 pacientes sin mejoría no realizaban los ejercicios domiciliarios. Los 4 pacientes sin respuesta completa (3 presentaban problemas psicoconductuales), siguieron tratamiento anticolinérgico tras el programa de BF, mejorando los 2 que habían presentado respuesta parcial y sin mejoría en los 2 restantes.

**Conclusiones.** El tratamiento con BF ha curado o mejorado la IR en el 75% de nuestros casos. Sugerimos que puede ser empleado como primera opción en el tratamiento de la IR, reservando la farmacoterapia para pacientes sin respuesta completa. Consideramos el cumplimiento de las recomendaciones domiciliarias necesario para el éxito del programa.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.122 Incontinencia urinaria secundaria a uréter ectópico. Diagnóstico y tratamiento.** Bordallo Vázquez MF, Fonseca Martín R, Povo Martín I, Serrano DurbaA, Domínguez Hinarejos C. *Hospital Universitari I Politènic La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** Revisar la pauta diagnóstica, así como el tratamiento y resultados en las niñas con incontinencia urinaria secundaria a uréter ectópico.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo de niñas diagnosticadas de ectopia ureteral entre 2000 y 2012, seleccionando aquéllas que presentaron incontinencia urinaria más allá de los dos años de edad. Las pruebas diagnósticas utilizadas fueron: ecografía renovesical y cistouretrografía miccional de forma sistemática y gammagrafía renal, urografía intravenosa (UIV), resonancia magnética (RMN), TAC y cistoscopia/vaginoscopia en casos seleccionados. En todas las pacientes se indicó tratamiento quirúrgico.

**Resultados.** De 51 pacientes con uréter ectópico, 11 (22%), presentaron incontinencia en forma de goteo continuo con micciones normales, con rango de edad de 33 meses a 10 años. 7 asociaban duplicidad (2 bilateral) y 4 un sistema simple con riñón no funcionante. 4/11 tenían historia de infecciones urinarias de repetición. El diagnóstico de ectopia se obtuvo en 3 pacientes por ecografía, en dos por UIV, en 3 por RMN y en una por TC. El tratamiento consistió en cirugía conservadora en 6 casos (4 plastias ureteroureterales y 2 ureteropielícas) y nefrectomía en 5 (1 parcial y 4 totales). La incontinencia se resolvió en todos los casos, tras un seguimiento máximo de 4 años y medio.

**Conclusiones.** La incontinencia secundaria a ectopia ureteral es infrecuente y requiere un alto índice de sospecha. El diagnóstico es complejo y precisa con frecuencia de múltiples pruebas de imagen. En estos casos, la RMN aporta información anatómica valiosa. En nuestra muestra, la cirugía resolvió la incontinencia en el 100% de las pacientes.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.123 Papel de la dilatación de esfínter uretral e inyección de toxina botulínica en niñas con disfunción miccional severa.** Zornoza Moreno M, Angulo Madero JM, Burgos Lucena L, Parente Hernández A, Rivas Vila S, Romero Ruiz RM. *Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** Se han propuesto diversas opciones de tratamiento conservador en casos de micción no coordinada severa, pero ninguno es del todo efectivo. Presentamos nuestra experiencia combinando la dilatación repetida del esfínter uretral e inyección de toxina botulínica.

**Material y Métodos.** Revisión retrospectiva de 5 pacientes tratadas de forma combinada (2005-2012). Estudiamos la edad, urodinámica pre y post tratamiento, número de procedimientos y situación clínica actual. El primer procedimiento fue dilatación del esfínter uretral con balón de 8-10 mm. Posteriormente, a la dilatación se añadió inyección de toxina botulínica periuretral. La efectividad del procedimiento se evaluó mediante la frecuencia miccional, severidad y presencia de incontinencia, recurrencia de ITUs, uroflujometría y medición del residuo

**Resultados.** El rango de edad fue 1-13 años, con un tiempo medio de seguimiento de 3 años y 9 meses. Una niña presentaba dolor abdominal con muy alto residuo postmiccional, dos fugas de orina diarias y las dos otras precisaban cateterismo vesical intermitente por ausencia de micción espontánea. Estas últimas cuatro niñas presentaban ITUs de repetición. Tras la dilatación inicial las niñas presentaron una mejoría clínica, confirmada por uroflujometría. Posteriormente se realizó tratamiento combinado, una mediana de cuatro veces por paciente. Los resultados se han considerado excelentes en una paciente, buenos en tres y moderados en una.

**Conclusiones.** El efecto de la dilatación esfinteriana es transitorio, pero se intensifica con la inyección de toxina periuretral, siendo más duradero tras varios procedimientos. La terapia combinada parece una alternativa segura y efectiva en pacientes con disfunción miccional severa, aunque son necesarios estudios a largo plazo.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.124 Vagina ocluida y fístula uretrovaginal. A propósito de dos casos.** Cavaco Fernandes R, Fuentes Bolaños N, Blesa Sánchez E, SanjuánRodríguez S. *Hospital Materno Infantil. Centro Hospitalario Universitario de Badajoz.*

**Objetivos.** Comunicar nuestra experiencia con dos pacientes con malformaciones urogenitales excepcionales, de solución quirúrgica definitiva pendiente de decidir (casos abiertos).

**Material y Métodos.** *Paciente 1:* niña de 3 años asintomática, que consulta por quiste anecoico en hipogastrio 6 meses antes. En ultrasonografía prenatal y neonatal detectada agenesia renal izquierda. En ultrasonografía y resonancia magnética solicitadas se identifica formación quística paravesical izquierda con morfología sugerente de hidrocolpos. Exploración genital bajo anestesia: membrana protuyente a la izquierda de vagina distal; por punción, extracción de orina abundante. Sospecha diagnóstica: Síndrome OHVIRA o de Herlyn-Werner-Wunderlich. Laparoscopia: útero didelfo. Se resecta membrana y aparece hemivagina izquierda con visualización del septo intervaginal. CUMS: fístula uretrohemivaginal. *Paciente 2:* niña de 4 años asintomática, sin orificio vaginal en exploración rutinaria pediátrica. Zona ocluida con aspecto de atresia más que de himen imperforado. Se inyecta suero a su través que se elimina por uretra. CUMS: fístula uretrovaginal. Ambos casos pendientes de decisión quirúrgica.

**Resultados.** Diagnóstico temprano de dos malformaciones complejas del aparato urogenital.

**Conclusiones.** Las anomalías müllerianas son raras, originando malformaciones del sistema reproductor femenino donde se incluyen el Síndrome OHVIRA y la atresia vaginal distal. Puede haber asociación con anomalías renales y del tracto urinario como comprobamos en las pacientes descritas. Ambos diagnósticos son excepcionales antes de la menarquía, por este motivo el diagnóstico precoz establecido posibilitará el manejo terapéutico adecuado anterior al desarrollo de la sintomatología y complicaciones típicas descritas en la literatura.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.125 Válvulas de uretra posterior de diagnóstico tardío.** Zornoza Moreno M, Angulo Madero JM, Parente Hernández A, Rivas Vila S, Burgos Lucena L, Romero Ruiz RM. *Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** Las válvulas de uretra posterior (VUP) pueden, en ocasiones, pasar desapercibidas en el periodo neonatal, y presentarse de forma tardía con clínica muy diversa, lo que dificulta su diagnóstico.

**Material y Métodos.** Diagnosticamos siete niños de forma tardía de VUP. Registramos edad, sintomatología y pruebas complementarias realizadas según la clínica presentada (ecografía, CUMS

y estudio urodinámico). El diagnóstico se confirmó en todos los pacientes por uretroscopia. Las válvulas se electrofulguraron endoscópicamente, y a las 3-6 semanas, realizamos uretroscopia de control. El seguimiento se evaluó mediante control clínico, ecográfico y urodinámico.

**Resultados.** El rango de edad fue 1-14 años. De siete niños, cinco consultaron por sintomatología relacionada con disfunciones del vaciamiento vesical, y dos eran asintomáticos, diagnosticados casualmente: un paciente con reflujo vesicoureteral (RVU) y otro con síndrome Prune Belly ureterostomizado. Tres niños presentaron hallazgos ecográficos de afectación renal severa. Los estudios urodinámicos realizados mostraron estenosis uretral en un niño, en dos incoordinación vesicoesfinteriana y dos no fueron valorables por no colaboración. El diagnóstico se confirmó por CUMS en tres niños. No observamos reestenosis en ninguna uretroscopia de control. La sintomatología desapareció en todos los pacientes tras un año de seguimiento. El paciente con RVU se curó. Las ecografías no mostraron progresión de la afectación renal. Las flujometrías de control mostraron curvas dentro de la normalidad.

**Conclusiones.** Las VUP, fuera del periodo neonatal tienen una forma de presentación variada. Debemos sospecharla en pacientes varones con síntomas de obstrucción del vaciamiento, más aún si asocian alteraciones renales ecográficas, y recomendamos realizar uretroscopia para descartar VUP.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.126 Retorsión testicular en paciente con orquidopexia epidartar subcutánea bilateral previa por torsión testicular.** Ruiz Catena MJ, Recober Montilla A, Chamorro Juárez R, Primelles Díaz A, Mielles Cerchar M, García Mérida M. *Sección de Urología Pediátrica. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno-Infantil Carlos Haya. Málaga*

**Objetivos.** Presentar un caso de torsión testicular posterior a orquidopexia por torsión testicular contralateral previa, y realizar una búsqueda bibliográfica.

**Material y Métodos.** Presentamos un caso clínico así como una revisión bibliográfica evaluando los resultados de los diferentes métodos de fijación y su tasa de éxito.

**Resultados.** Se presenta un niño de 13 años de edad que acudió al Servicio de Urgencias con dolor testicular derecho agudo. Antecedentes de torsión testicular izquierda cuatro meses antes que se trató con detorsión y orquidopexia bilateral, ambas por vía escrotal y realizando un túnel epidartar subcutáneo. En la exploración física presentaba un importante hidrocele derecho, y en la ecografía se apreciaban signos de torsión testicular. Se realizó exploración quirúrgica del teste dere-

cho en la que se encontró una torsión de 180° del cordón producida por una brida que atravesaba longitudinalmente el testículo, desde el polo inferior izquierdo hasta la parte derecha del cordón.

**Conclusiones.** En la revisión encontramos que la torsión puede recurrir, aunque de forma infrecuente, si la fijación se realiza solo con puntos de fijación de material reabsorbible o irreabsorbible de la albugínea paratesticular al dartos; los autores recomiendan realizar la orquidopexia con túnel epidartar subcutáneo o con la técnica de Jaboulay. No hemos encontrado en la literatura ningún caso de retorsión testicular empleando la orquidopexia epidartar subcutánea, pero existe y se debe considerar en el diagnóstico diferencial del escroto agudo, aunque existan antecedentes de orquidopexia y la exploración quirúrgica no debe demorarse con el fin de evitar la pérdida del testículo afecto.

*Forma de presentación: Póster*

- **P.127 Complicaciones tras la reparación de hipospadias: la importancia del seguimiento a largo plazo.** López-Fernández S, Ortiz R, Lobato R, Hernández-Martin S, De la Torre CA, López Pereira P, Martínez Urrutia MJ, Jaureguizar E. *Servicio de Urología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Evaluar los resultados a largo plazo de los pacientes operados de hipospadias.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo de los hipospadias intervenidos en nuestro centro entre los años 2000 y 2010 y análisis de las complicaciones acontecidas durante el seguimiento postoperatorio. Se analizaron un total de 304 pacientes, de los cuales 268 (88,2%) eran hipospadias distales y 36 (11,8%) proximales. La edad media a la cirugía fue de  $2,6 \pm 2,03$  años. El tiempo medio de seguimiento postoperatorio fue de  $3,58 \pm 2,73$  años.

**Resultados.** Ochenta y ocho pacientes (28,9%) se reintervinieron debido a complicaciones postoperatorias. Treinta de ellos (9,9%) precisaron 2 o más intervenciones. La tasa de reintervenciones fue superior en el grupo de hipospadias proximales (36,1% frente a 6,3%,  $p < 0,05$ ). Las complicaciones más frecuentes fueron fístulas (17,4%) y estenosis (5,9%). La media de tiempo transcurrido desde la cirugía hasta la reintervención fue de  $2,23 \pm 1,97$  años, llegando hasta  $5,76 \pm 3,5$  años en los casos de precisar 2 o más reintervenciones. La tasa de abandono durante seguimiento postoperatorio fue del 34,9% a una media de  $3,53 \pm 2,66$  años postcirugía, sin existir diferencias significativas entre hipospadias proximales y distales.

**Conclusiones.** El seguimiento a largo plazo es importante dada la frecuente aparición de complicaciones tardías, especialmente en los hipospadias proximales.

*Forma de presentación: Póster*