

Comunicaciones Orales, Posters y Vídeos presentados

TÓRAX - VÍA AÉREA
25 de mayo de 2017, 8:30

- **Drenaje torácico digital, un nuevo sistema para medir la fuga aérea en cirugía pediátrica.** Pérez Egido L, García-Casillas MA, Simal I, Fanjul M, Cerdá JA, Fernández Bautista B, De La Torre M, De Agustín JC. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. Los nuevos sistemas de drenaje torácico digitales (DTD) permiten una medida objetiva de la fuga aérea. El objetivo de nuestro estudio es analizar la seguridad y la efectividad de los mismos en el postoperatorio de los pacientes pediátricos.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de una resección pulmonar entre 2011-2016, comparando el uso del sistema de drenaje torácico tradicional (DTT) y los DTD. Se analizan las variables: duración de drenaje torácico (DT), días de hospitalización y radiografías en el postoperatorio inmediato relacionadas con la presencia del DT. Para el análisis estadístico se ha utilizado la Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes

Resultados. De un total de 21 pacientes, se utiliza DTD en 8 pacientes y DTT en el resto. La mediana de edad fue 18 meses (12 días-14 años). El tiempo medio de DT con un DTT fue de 5,38 días y con el DTD de 1,38 días. El número medio de radiografías relacionadas con el DT fue de 6,23 en el grupo del DTT y 2,5 en el grupo del DTD. En ambos parámetros las diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,05$). El análisis de la estancia media de hospitalización no muestra diferencias entre ambos grupos. No se han observado complicaciones relacionadas con el uso del DTD.

Conclusiones. Los DTD proporcionan una medición objetiva de la fuga aérea, permitiendo una retirada temprana de los DT y disminuyendo el número de radiografías realizadas en el postoperatorio. Su uso en la población pediátrica es seguro y eficaz.

(Oral 5 minutos)

- **Lobectomía pulmonar en niños: ¿cuanto antes mejor?** Triana Junco P, De La Torre Ramos C, Barrios MI, De La Serna O, Dore Reyes M, Martínez Martínez L, Hernández Oliveros F, López Santamaría M. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. La resección temprana de las malformaciones pulmonares asintomáticas ofrece el beneficio teórico de optimizar el crecimiento pulmonar compensatorio durante la infancia. El objetivo de este estudio es determinar si la lobectomía antes del año de vida se asocia con mejor función pulmonar a largo plazo.

Material y métodos. Revisión de pacientes a los que se les realizó lobectomía pulmonar desde 2001, incluyendo los que tenían edad suficiente para realizar una espirometría (> 5 años). Fueron divididos en dos grupos: lobectomía antes o después de 12 meses de vida. Los parámetros espirométricos se consideraron normales cuando eran mayores del 80% esperado.

Resultados. 23 de los 47 pacientes intervenidos cumplieron los criterios de inclusión. Siete fueron intervenidos antes ($0,1 \pm 0,4$ años) y 16 después del año de vida ($2 \pm 3,6$ años), siendo ambos grupos comparables en sexo, tipo de malformación y abordaje quirúrgico. El tiempo de seguimiento desde la cirugía hasta que se realizó la espirometría fue mayor en los pacientes intervenidos antes del año de vida (9,1 vs 4,6 años, $p = 0,003$). Tras corregir los resultados por el tiempo de seguimiento, se objetivó un mejor cociente FEV1/FVC en los pacientes intervenidos después del año de vida (90 vs 77%, $p = 0,043$).

Conclusiones. Aunque la espirometría puede estar influenciada por otras variables, los datos de nuestro estudio no apoyan la recomendación actual de realizar resección temprana en las malformaciones pulmonares congénitas asintomáticas. Se necesitan estudios prospectivos con mayor número de pacientes para determinar la mejor edad para realizar la lobectomía.

(Oral 5 minutos)

- **Tratamiento prenatal y perinatal de las malformaciones pulmonares fetales.** Romo Muñoz MI, Núñez Cezezo V, Encinas Hernández JL, De La Torre C, Antolín E, Rodríguez R, Bret Montserrat, Triana Junco P, Dore Reyes M, Domínguez Eva, Martínez Martínez L, López Santamaría M. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. Las malformaciones pulmonares fetales (MFP) pueden producir hidrops fetal o clínica neonatal. Revisamos nuestra experiencia en este tipo de pacientes, buscando la identificación de factores pronósticos de mala evolución fetal o de necesidad de procedimientos pre y perinatales.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con MPF tratados entre 2012 y 2016. Se evaluaron edad gestacional, pruebas de imagen prenatales, CVR (ratio malformación/diámetro craneal) y Resonancia Magnética fetal (RMN), tratamientos y complicaciones fetales así como clínica, diagnósticos y procedimientos postnatales.

Resultados. De los 25 pacientes diagnosticados de MPF, 9 precisaron corticoide materno por desviación mediastínica, disminuyendo el CVR en 7 (77%); 2 de ellos con CVR > 2 precisaron intervención prenatal mediante toracocentesis de lesión quística y láser intersticial en lesión sólida. Se realizaron RMN fetales en 5 pacientes CVR > 1,6, sin que su resultado modificase la actitud prenatal pero si la perinatal. Doce de los 25 (48%) presentaron síntomas respiratorios al nacimiento, todos con CVR > 1,2 antes de la semana 24 ($p < 0,05$). En 2 con CVR > 2 el parto fue programado y ambos precisaron una lobectomía en periodo neonatal. Todas las radiografías postnatales se correspondieron con el diagnóstico fetal. La ecografía torácica postnatal identificó 2 casos con aporte vascular sistémico no diagnosticado prenatalmente.

Conclusiones. Valores elevados de CVR precisaron algún tipo de actuación diagnóstica o terapéutica prenatal y, en valores mayores de 2, cirugía en periodo neonatal. Distintos procedimientos pueden ser de utilidad destacando en periodo fetal la terapia corticoidea y en periodo perinatal la RMN fetal y la programación del parto.

(Oral 5 minutos)

- **Utilización del almidón como agente eficaz en la pleurodesis terapéutica.** De Agustín Asensio JC, García-Casillas MA, Peláez Mata D, Pérez Egido L, Fernández Bautista B, de la Torre M, del Cañizo López A. *Hospital Infantil, Hospital Gral. Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. La pleurodesis terapéutica es un procedimiento eficaz en el tratamiento del quilotórax y de las fugas aéreas. Los agentes habitualmente utilizados son la povidona yodada, la sangre, las tetraciclinas y el talco. El objetivo de este trabajo es describir la acción de un nuevo agente reabsorbible, el almidón.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes tratados con almidón como único agente. Describimos las

variables demográficas, y la técnica quirúrgica. Se analiza la evolución y los resultados finales tras el tratamiento.

Resultados. Se trataron 8 pacientes (13 pleurodesis) en un período de 3 años. Las causas fueron, 3 quilotórax congénitos, 3 quilotórax neonatales secundarios a cirugía cardíaca, 1 fuga aérea persistente por fístulas broncopleurales y un canal pleuroperitoneal secundario a diálisis peritoneal. La edad media de los casos neonatales fueron de 46 (11-77) días y la de los dos niños mayores de 5 meses y 5 años, respectivamente. Los casos de quilotórax, todos fueron masivos y resistentes al tratamiento médico (NPT, octreótrido, etc.) y se retiraron los tubos de drenaje a los 54 (28-109) días. En este grupo hubo dos fallecidos por causas no relacionadas con el procedimiento. De los dos pacientes mayores, los tubos de drenaje se retiraron a los 6 y 8 días, respectivamente. En este grupo solo hubo un fallecido por una sepsis dos meses después, relacionada con su síndrome nefrótico.

Conclusiones. El almidón promueve una adherencia pleural eficaz que puede sustituir a los agentes esclerosantes utilizados en la pleurodesis terapéutica en niños. El método de aplicación es sencillo, con un coste/beneficio óptimo.

(Oral 3 minutos)

- **Tuberculosis con afectación endobronquial: papel de la broncoscopia intervencionista.** Redondo Sedano JV, Antón-Pacheco JL, López Díaz M, Morante Valverde R, Carrillo Arroyo I, Aneiros Castro B, Melero Guardia L, Martín Alelu R, Benavent Gordo MI, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. La tuberculosis (TB) endobronquial constituye una complicación poco frecuente de la primoinfección tuberculosa en niños. El tratamiento de elección es farmacológico, sin embargo, determinados casos pueden beneficiarse de tratamiento broncoscópico. Presentamos dos casos de afectación tuberculosa endobronquial, tratados endoscópicamente en nuestro centro.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de dos pacientes con TB y afectación endobronquial obstructiva.

Resultados. *Caso 1:* Paciente de 11 meses tratado con cuádruple terapia que se derivó a nuestro centro para exploración broncoscópica por presentar imagen sugestiva de atrapamiento aéreo en campo pulmonar inferior derecho en las imágenes radiológicas de control. En la exploración endoscópica se observó un granuloma obstructivo en bronquio intermediario que se reseco con láser diodo en una sola sesión. En la radiografía de tórax de control se apreció resolución del atrapamiento aéreo. *Caso 2:* Paciente de 17 meses con triple terapia, derivado a nuestra Unidad para exploración broncoscópica por presentar estridor espiratorio y atelectasia-consolidación en lóbulo superior derecho. En la exploración se observó un granuloma obstructivo en la entrada del bronquio principal derecho, junto con abundante secreción caseosa. Se realizó resección broncoscópica del granuloma asistida

por láser diodo. En la evolución se observó mejoría clínica y radiológica.

Conclusiones. En pacientes diagnosticados de TB, con adecuado tratamiento farmacológico, la persistencia de síntomas o imágenes anómalas en los estudios radiológicos pueden ser expresión de afectación endobronquial. El tratamiento broncoscópico puede resolver la obstrucción de la vía aérea, y evitar posibles complicaciones, como la estenosis bronquial.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Estenosis laríngeas: tipos, grados y alternativas terapéuticas.** Redondo Sedano JV¹, Antón-Pacheco JL¹, López Díaz M¹, Morante Valverde R¹, Carrillo Arroyo I¹, Aneiros Castro B¹, Melero Guardia L¹, Martín Alelu R¹, Villafruela Sanz MÁ², Benavent Gordo MI¹, Gómez Fraile A³. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Unidad de la Vía Aérea Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre. ²Unidad de la Vía Aérea Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre. ³Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Presentar nuestra experiencia en el tratamiento de pacientes con estenosis laríngea.

Material y métodos. Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes tratados en nuestra unidad con el diagnóstico de estenosis laríngea en el periodo 2000-2016. Se han estudiado las siguientes variables: datos demográficos, tipo de lesión y localización, anomalías asociadas, traqueotomía inicial, tipo de tratamiento y resultado.

Resultados. Se incluyen 73 pacientes (38 niños) con una edad mediana al diagnóstico de 7 meses (rango, 1 día-156 meses). La mayoría de las lesiones fueron subglóticas (75,3%) y el resto gloto-subglóticas (13,6%) o glóticas (10,9%), siendo el 83,5% de tipo adquirido y el resto congénito. El 36,9% fueron estenosis graves (grados III y IV de Myer-Cotton) y el 63% leves o moderadas (grados I y II). El 39,7% presentaron anomalías asociadas. 34 pacientes (46,5%) fueron traqueotomizados inicialmente y otros 17 (23,2%) no han precisado tratamiento alguno. En 25 casos (34%) se realizó un tratamiento quirúrgico, en 17 endoscópico, y en 14 (19,1%) ambos procedimientos. En dos pacientes no se pudo completar el tratamiento definitivo. La tasa de decanulación ha sido del 67,6%, con 7 pacientes pendientes de decanulación y otros 3 con seguimiento incompleto. En los pacientes no traqueotomizados (53,4%) se produjo una mejoría clínica en el 79,4%. Ha habido 3 pacientes fallecidos pero sin relación con su patología respiratoria.

Conclusiones. Las estenosis laríngeas en niños son habitualmente adquiridas y de localización subglótica. La traqueotomía es un procedimiento inicial frecuente sobre todo en las estenosis graves, y el tratamiento definitivo incluye tanto técnicas quirúrgicas como endoscópicas.

(Oral 5 minutos)

- **Broncomalacia severa tratada mediante prótesis exobronquial reabsorbible.** De la Torre Díaz E¹, Fernández Hurtado MÁ¹, Marmolejo Franco FA¹, Torres Borrego J², Pérez Navero JL³, Matute de Cárdenas JA¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ²Sección de Neumología Pediátrica. Hospital Reina Sofía. Córdoba. ³Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. La traqueobroncomalacia es una patología consistente en un colapso de un tramo de la vía aérea de etiología variada. Tiene una baja incidencia en la población infantil, entre 1:1.500 y 1:2.500 recién nacidos vivos, y en función del grado de colapso puede tener diferente significación clínica, pudiendo ser potencialmente mortal. Su tratamiento debe individualizarse según la gravedad de los síntomas. Presentamos un primer caso tratado en Europa de broncomalacia severa refractaria a otros tratamientos corregida mediante prótesis exobronquial reabsorbible.

Material y métodos. Lactante de 5 meses de vida con broncomalacia severa del bronquio principal izquierdo intervenida previamente de coartación aórtica con hipoplasia de arco, y paresia diafragmática, que presenta atelectasia completa del pulmón izquierdo que no permite el destete del ventilador tras cinco meses. Tras fracasar una aortopexia, se decide corregir la lesión mediante la implantación de una exoprótesis bronquial de policaprolactona diseñada con una impresora 3D sobre las imágenes digitales de una tomografía axial, abordada por esternotomía media y bajo soporte de circulación extracorpórea.

Resultados. Tras la cirugía, el pulmón izquierdo se expande a los diez días, se retira la ventilación mecánica a la paciente a los doce días de la cirugía, siendo dada de alta a los dos meses de la intervención tras la realización de funduplicatura Nissen por reflujo gastroesofágico severo. Actualmente, permanece asintomática tras 6 meses de evolución con fibrobroncoscopia que demuestra ausencia de colapso bronquial.

Conclusiones. Esta novedosa técnica puede ser una buena alternativa en casos de traqueobroncomalacia severa refractaria a otras técnicas quirúrgica o endoscópicas.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Manejo multidisciplinar de la patología subglótica: revisión a 5 años.** Miró I, Fonseca R, Gutiérrez C, Barrios JE, Carazo E. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Objetivos. Las estenosis subglóticas y glotosubglóticas, a pesar de la amplia gama de tratamientos disponibles, siguen representando un reto a la hora de elegir el tratamiento idóneo. Presentamos el manejo de los pacientes seguidos en nuestro centro por este motivo durante los últimos 5 años.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes seguidos por patología glotosubglótica (estenosis,

quistes y granulomas) entre 2011 y 2016 en un centro de tercer nivel.

Resultados. Veintisiete pacientes fueron incluidos en la revisión. Las opciones de tratamiento variaron en función de la naturaleza, la localización y la gravedad de la afectación subglótica. Se siguieron 17 pacientes (62,9%) con estenosis subglótica. Dentro de este grupo, en tres (17,6%) de ellos se realizó laringotraqueoplastia, en uno (5,9%) split cricotraqueal, siete pacientes (41,2%) se sometieron a microcirugía, tres (17,6%) recibieron dilatación traqueal y los tres últimos (17,6%) se sometieron a observación sin necesitar finalmente medidas adicionales. Cinco pacientes (18,6%) con quistes subglóticos recibieron microcirugía; de tres pacientes (11,1%) diagnosticados de granuloma subglótico postintubación, dos (66%) se resolvieron espontáneamente y uno (33%) requirió microcirugía. Se realizó resección cricotraqueal parcial (PCTR) en dos pacientes (7,4%) con diagnóstico de estenosis glotosubglótica.

Conclusiones. Las estenosis y granulomas subglóticos, tanto congénitos como adquiridos, siguen representando un gran desafío. Desde la creación del Comité de Vía Aérea en nuestro centro, la mejoría en la gestión de estos pacientes ha conducido a un manejo multidisciplinar de los mismos, con el consiguiente impacto en los resultados clínicos.

(Oral 5 minutos)

- **Anillos vasculares. Experiencia quirúrgica en nuestro centro.** Ortolá Fortes P, Domènech Tàrrega A, Fonseca Martín R, Serrano Martínez F, López Andreu J, Barrios Fontoba JE, Gutiérrez San Román C, Vila Carbó JJ. *Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

Objetivos. Los anillos vasculares son una causa poco frecuente de compresión traqueal y/o esofágica, que suelen pasar desapercibidos inicialmente por presentar síntomas respiratorios y/o digestivos comunes en la infancia. No todos los pacientes son candidatos a la corrección quirúrgica, por lo que la valoración multidisciplinar es esencial.

Material y métodos. Estudio retrospectivo que incluye todos los pacientes con diagnóstico de anillo vascular atendidos en nuestro centro en los últimos 30 años.

Resultados. Se incluyen un total de 22 pacientes, con una edad media de 34,7 meses -2,9 años- (rango 1 mes-10 años). El 86,4% presentaba clínica al diagnóstico. Los tipos de anillo más frecuentes fueron: doble arco aórtico, arteria subclavia aberrante y divertículo de Kommerell. Se intervino a 12 pacientes (54,5%), 2 de ellos por toracoscopia, sin complicaciones intraoperatorias. Actualmente, el 77,3% permanece asintomático y solo un paciente ha requerido reintervención.

Conclusiones. Los anillos vasculares deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes con clínica respiratoria y/o digestiva de larga evolución o con mala respuesta al tratamiento médico. La indicación quirúrgica viene marcada por la gravedad y duración de los síntomas, por lo

que la valoración individualizada y de forma multidisciplinar es esencial en el manejo terapéutico. Teniendo en cuenta su repercusión clínica a nivel respiratorio y/o digestivo, consideramos necesaria la integración del Servicio de Cirugía Pediátrica en este equipo.

(Oral 3 minutos)

- **Tratamiento toracoscópico de los anillos vasculares. Un nuevo reto quirúrgico.** Ortolá Fortes P, Domènech Tàrrega A, Fonseca Martín R, Serrano Martínez F, Barrios Fontoba JE, Gutiérrez San Román C, Vila Carbó JJ. *Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

Objetivos. El abordaje toracoscópico se ha desarrollado en los últimos años como una opción novedosa y prometedora en el tratamiento de los anillos vasculares. En nuestro centro se emplea desde hace dos años, con la colaboración de los servicios de Cirugía Pediátrica y Cirugía Cardíaca Infantil.

Material y métodos. Mostramos la técnica quirúrgica toracoscópica para la corrección del anillo vascular tipo doble arco aórtico, llevada a cabo en nuestro centro en dos pacientes.

Resultados. Bajo bloqueo unipulmonar izquierdo, accedemos a la cavidad torácica. La intervención comienza con la disección del esófago en dirección ascendente. Una vez diseccionado éste e identificados los elementos vasculares principales (cayado aórtico, subclavia y anillo vascular), se procede a la sección del arco aórtico izquierdo atrésico y ligamento ductal, tras colocación de clips de polímero no absorbible a ambos lados. Posteriormente se termina de disecar el esófago y la cara anterior traqueal. Es importante identificar y respetar el nervio recurrente durante el procedimiento para evitar complicaciones. La realización de endoscopia digestiva alta de forma intraoperatoria nos ayuda a valorar la mejoría o aumento del diámetro de la luz esofágica tras la sección del anillo.

Conclusiones. En nuestra experiencia, el tratamiento toracoscópico es seguro para el tratamiento de los anillos vasculares. Con una curva de aprendizaje adecuada, ofrece ventajas sobre el abordaje abierto convencional. El manejo multidisciplinar de estos pacientes es esencial para una adecuada selección de los casos y de la técnica quirúrgica.

(Video 3 minutos)

- **Resultados de un nuevo tratamiento no quirúrgico con OK-432 para el quilotórax en edad pediátrica.** Aguilera Pujabet M¹, Guillén Burrieza G¹, Molino Gahete JA¹, López Fernández S¹, Martín Giménez MP¹, Ruiz Campillo C², Lloret Roca J¹, López Paredes M¹. ¹*Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Universitari Vall d'Hebron.* ²*Unidad Cuidados Intensivos Neonatales. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. El tratamiento del quilotórax, primario o secundario, se asocia a una alta tasa de fracaso terapéutico,

procedimientos invasivos, necesidad nutrición parenteral prolongada y está relacionado con una alta morbimortalidad. Analizamos un nuevo tratamiento mediante instilación intrapleural con OK-432.

Material y métodos. Estudio retrospectivo (2012-2016) de los quilotórax pediátricos tratados mediante instilación con OK-432 (dosis 1KE) en un centro de tercer nivel. El OK-432 se mantuvo intrapleural, siempre que fue posible, durante 48 horas antes de abrir el drenaje. El tratamiento se realizó en la mayoría de casos después del fracaso del tratamiento convencional, incluyendo el quirúrgico. Las condiciones iniciales, el tiempo desde la instilación hasta la resolución completa, los días de nutrición parenteral y las complicaciones fueron analizados.

Resultados. Diez pacientes fueron tratados durante el periodo de estudio, incluyendo cuatro casos bilaterales. La mediana de edad fue de 25 días. Las condiciones basales fueron: 3 quilotórax congénitos y 7 postquirúrgicos (4 cirugías cardíacas, 2 trasplantes hepáticos y 1 ganglioneuroma torácico). La media de pleurodesis por paciente fue de 1,75 por episodio y la resolución completa se alcanzó en el 91,7% de los casos después de 13,7 días (3-24). No hubo complicaciones relacionadas con la técnica (solo un caso de distrés respiratorio moderado) ni recidivas.

Conclusiones. La pleurodesis con OK-432 es un método no invasivo, seguro y efectivo para el tratamiento del quilotórax en edad pediátrica.

(Oral 5 minutos)

- **Comité de Vía Aérea pediátrica: tres años de experiencia.** Fonseca R, Miró I, Gutiérrez C, Barrios JE, López J, Alamar A, Vila JJ. *Hospital Universitari i Politènic La Fe. Valencia.*

Objetivos. La patología de la vía aérea pediátrica es un reto. Para su correcto abordaje debemos tener en cuenta numerosos aspectos: correcto diagnóstico, técnica quirúrgica y cuidados postoperatorios muy específicos. Los comités formados por diferentes especialistas permiten un mejor manejo y una mayor especialización en este tipo de patología. Por este motivo, en noviembre de 2013 se creó en nuestro hospital el Comité de Vía Aérea (CVA), formado por especialistas de todas las áreas que intervienen en el tratamiento.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes tratados por el CVA desde noviembre de 2013 a noviembre de 2016.

Resultados. Han sido tratados 41 pacientes. El rango de edad fue entre 1 día de vida y 15 años. 14 pacientes presentaron patología glótica (estenosis glotosubglótica en 2 pacientes, estenosis subglótica en 9, granuloma subglótico en 2 y quistes subglótico en un paciente), 12 pacientes con anillos vasculares (5 compresión de la innominada, 4 doble arco aórtico, 1 arco aórtico derecho, 2 compresión del bronquio principal izquierdo), 8 malacias (7 traqueomalacias, 1 broncomalacia)

y los otros 7 pacientes patología diversa. La evolución de los pacientes ha sido satisfactoria y desde la constitución del CVA en nuestro hospital no ha sido necesario el traslado de pacientes a otros centros de nuestro país.

Conclusiones. La patología de la vía aérea pediátrica es infrecuente y de difícil manejo. El abordaje multidisciplinar es necesario para una valoración global del paciente, mejora la calidad de los tratamientos y facilita la adquisición de experiencia por parte del equipo.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Técnicas de reconstrucción tridimensional de superficie corporal (3D-S): aplicación para estudio y seguimiento de malformaciones torácicas.** Serradilla Rodríguez J, Bueno Jiménez A, De la Torre Ramos C, Vilanova Sánchez A, Martínez Martínez L, Álvarez Barrial M, Nava Hurtado de Saracho FB, López Santamaría M. *Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. La reconstrucción 3D-S es una prueba inocua, reproducible y económica que nos permite obtener una mayor información sobre diferentes alteraciones anatómicas. Nuestro objetivo es mostrar nuestra experiencia en su uso y sus diversas utilidades para el estudio, tratamiento y seguimiento de las malformaciones torácicas en pediatría.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con diferentes malformaciones tratados en el periodo 2016-2017. Se realizó análisis mediante reconstrucción 3D-S, que consiste en una plataforma giratoria automática sobre la cual se coloca el paciente mientras una cámara 3D obtiene las imágenes que, reconstruidas mediante un software específico, permiten su análisis y comparación posteriores.

Resultados. Se analizaron 55 pacientes. En los casos de pectus carinatum (11) susceptibles de tratamiento ortopédico, este sistema se utilizó para diseñar corsés a medida y para controlar la evolución después de su colocación. En casos de pectus excavatum (16) se utilizó como herramienta objetiva para evaluar cada caso y su resultado postoperatorio (13). También fue útil para pacientes con síndrome de Poland (3) y pectus arcuato (4). En aquellos no susceptibles de estudios radiológicos (21), fue complementaria a la exploración clínica.

Conclusiones. La reconstrucción 3D-S permite la optimización del tratamiento en casos seleccionados, diseñando tratamientos ortopédicos personalizados y aumentando nuestra información antes de un abordaje quirúrgico. Aunque no sustituye a otros exámenes complementarios perioperatorios, permite su seguimiento objetivo y tiene un valor didáctico muy alto. Creemos que su uso generalizado y prospectivo facilitaría la predicción de los patrones de comportamiento de estas malformaciones durante la infancia y pubertad.

(Oral 5 minutos)

- **Abordaje mínimamente invasivo para procedimientos cardiovasculares en niños.** Pérez-Etchepare E, Lain A, Gine C, García L, López Paredes M. *Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. Presentar nuestra experiencia inicial en procedimientos cardiovasculares por vía toracoscópica

Material y métodos. Entre 2014 y 2015, 5 pacientes fueron intervenidos por patologías cardiovasculares por vía toracoscópica: 2 aortopexias y 3 ventanas paricárdicas. Las indicaciones quirúrgicas fueron severa traqueomalacia con episodios de riesgo de vida en pacientes con atresia de esófago tipo III intervenida, en las aortopexias; y pre-taponamiento cardíaco con colapso hemodinámico en las ventanas pericárdicas.

Resultados. La edad media fue de 57 meses (2-144), y el peso medio fue de 22 kg (4,7-56). Los pacientes fueron colocados en posición supina, y se utilizaron tres puertos en todos los casos: óptica de 5 mm-30° y 2 puertos de 3 mm. En las aortopexias se realizó una hemitimetomía izquierda para exponer la pared anterior de la aorta. 3 puntos transesternales con sutura irreabsorbible fijaron el esternón con la íntima de la aorta. En ambos casos, el procedimiento fue realizado bajo visión fibrobroncoscópica simultánea. El seguimiento fue de 4 y 20 meses respectivamente. Ambos pacientes mostraron mejoría del trabajo respiratorio y no han repetido nuevo evento de riesgo de vida. Los casos de ventana pericárdica: 2 fueron desde el hemitórax izquierdo y 1 desde el derecho. El sitio elegido para la ventana fue sobre el pericardio ventricular donde el ecocardiograma mostraba mayor acumulación de líquido. Todos mostraron una mejoría hemodinámica inmediata. No hubo recurrencias.

Conclusiones. En general, los cirujanos pediátricos no están acostumbrados al área cardiovascular, sin embargo pueden aportar experiencia en cirugía toracoscópica, lo que beneficia a los pacientes de la menor invasividad. Mayor casuística es necesaria.

(Video 1 minuto)

- **Sospecha de aspiración de cuerpos extraños en pacientes pediátricos. Nuestra experiencia en 10 años.** Gómez Cervantes M, Jimenez Gómez J, De la Torre Ramos C, Hernández Oliveros F, Encinas Hernández J, Dore Reyes M, Serradilla Rodríguez J, Núñez Cerezo V, López Santamaría M. *Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid.*

Objetivos. La aspiración de cuerpos extraños (ACE) es una urgencia pediátrica frecuente, descrita como segunda causa de muerte infantil tras los accidentes de tráfico. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de la ACE en los últimos 10 años.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes atendidos por sospecha de ACE entre los años 2005-2016, describiendo historia clínica, sintomatología, pruebas de imagen, procedimiento y evolución.

Resultados. Un total de 115 pacientes (70V/45M), con una mediana de 2 años (8 meses-13 años), presentaron historia sugestiva de ACE. Los síntomas más frecuentes fueron: tos (88,3%) y dificultad respiratoria (46,8%). El 75% presentaba exploración física patológica y un 72% presentaba alteraciones en la radiografía de tórax. Se realizó broncoscopia rígida (BR) en el 100% de los pacientes con historia compatible, sin importar los resultados de la exploración física o las pruebas de imagen. En 78 pacientes (68,1%) se encontró un cuerpo extraño (CE) durante la BR, siendo los más frecuente semillas y frutos secos (63,4%); localizándose sobre todo en el bronquio derecho (46,8%). Si el criterio para realizar una BR se hubiese basado en: historia compatible, junto con alteraciones en la exploración física y pruebas de imagen, 21 CE (26,9%) no habrían sido diagnosticados con el consiguiente riesgo de muerte súbita. Todos los CE se extrajeron con éxito, sin ninguna complicación inmediata.

Conclusiones. La ACE es frecuente en la infancia. La historia y los hallazgos clínico-radiológicos pueden no concordar, por lo que ante historia sugestiva de ACE es recomendable una exploración de la vía aérea, dado el bajo riesgo que asocia.

(Oral 3 minutos)

ONCOLOGÍA

25 de mayo de 2017, 12:00 horas

- **Papel y biología de la criocirugía en el tratamiento de osteosarcoma en pediatría.** Palacios Acosta JM¹, López Durán A¹, Hernández Arrazola D¹, León Hernández A², Díaz Machorro R¹, Shalkow Klinovstein J³. ¹Instituto Nacional de Pediatría. ²Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. ³Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

Objetivos. La criocirugía es el uso de la terapia de aplicación de nitrógeno como una terapéutica local en tratamiento de los tumores óseos la cual induce a la necrosis del tejido como una forma de tratamiento ablativo. La técnica quirúrgica con márgenes libres de tumor es sumamente importante, nosotros proponemos la aplicación de criocirugía a nivel del lecho tumoral en todos los pacientes con la finalidad de dejar márgenes negativos posteriores a la resección del tumor primario y con ello disminuir el factor de riesgo de recaída secundario a enfermedad microscópica residual.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de osteosarcoma tratados con criocirugía en el Instituto Nacional de Pediatría en un lapso de 6 años.

Resultados. Fueron 21 pacientes, 20 se encuentran vivos, 9 niñas (48%) y 12 niños (52%). La edad media fue de 9 años. (5 a 17 años) El sitio más frecuente fue fémur distal con 10 pacientes (48%). El tipo de cirugía en el tumor primario fue salvamento de extremidad en 18 pacientes (86%) y 3 pacientes con reconstrucción de pelvis. A todos los pacientes se les

dio quimioterapia neo y adyuvante. Los pacientes recibieron crioterapia con nitrógeno en el lecho tumoral y canal medular donde solo un paciente tuvo recaída.

Conclusiones. El uso de la criocirugía es una herramienta transoperatoria con la finalidad de tener control local en el lecho tumoral así como canal medular en niños con osteosarcoma; sin que existan evidencias de lesión vascular o nerviosa por el uso del nitrógeno.

(Oral 5 minutos)

- **Ensayo terapéutico con propranolol en el diagnóstico diferencial de hemangiomatosis hepática vs metástasis de neuroblastoma.** Giménez-Aleixandre MC, Girón-Vallejo O, Méndez-Aguirre NA, Martínez-Menchón T, Galera-Miñarro A, Ruiz-Pruneda R, Rojas-Ticona J, Villamil V, Sánchez-Sánchez A, Hernández-Bermejo JP. *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Objetivos. La generalización del uso de la ecografía para el diagnóstico prenatal ha aumentado la detección de masas abdominales, siendo el neuroblastoma congénito la patología más frecuentemente diagnosticada, aunque, en ocasiones, su diagnóstico puede ser complejo.

Material y métodos. Presentamos el caso de un lactante de 2 meses diagnosticado prenatalmente de una masa suprarrenal compatible con tumor neuroblástico. Se le realizaron controles ecográficos seriados en los que se evidenció ligera disminución del tamaño de la lesión suprarrenal, hallando incidentalmente múltiples lesiones nodulares focales hepáticas de características sólidas. El rastreo gammagráfico fue negativo, tanto con MIBG como con Tc99. Estas lesiones hepáticas sugirieron la posibilidad de neuroblastoma estadio Ms, por lo que se decidió biopsiarlas junto con la médula ósea. Sin embargo, uno de los controles ecográficos mostró un intenso flujo Doppler lo que, unido a la presencia de tres hemangiomas infantiles cutáneos, sugirieron la posibilidad de una posible hemangiomatosis hepática. Se presentó el caso en Comité de Tumores, decidiéndose prueba terapéutica con propranolol a 2 mg/kg/día.

Resultados. En el control ecográfico realizado al mes de iniciar el tratamiento no se visualizaron las lesiones hepáticas persistiendo, sin cambios, la tumoración suprarrenal.

Conclusiones. La respuesta al tratamiento con propranolol oral permite discernir el diagnóstico de hemangiomatosis hepática frente al de metástasis de neuroblastoma, evitando procedimientos diagnósticos agresivos (biopsia hepática) con alto riesgo de complicaciones.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Abordaje intraoral para cirugía de teratoma intramalar.** Melero Guardia L, Delgado Muñoz MD, Martí Carrera E, Morante Valverde R, Carrillo Arroyo I, Aneiros Castro B, Redondo Sedano JV, Martín Alelu R, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid.*

Objetivos. Exponer una vía de abordaje alternativa en la cirugía de tumores intramalares que podría suponer una menor repercusión estética.

Material y métodos. Presentación de caso clínico en el que se realiza esta técnica por primera vez en nuestro centro.

Resultados. Recién nacida a término que es derivada a nuestro centro para estudio de tumoración intraoral. A su llegada se observa masa intraoral de 3 cm que desplaza paladar. Se realiza RMN y TC en los que se evidencia una lesión de 27x36x24 mm con componente sólido y quístico, sugerente de teratoma intramalar. Se decide realizar exéresis del tumor mediante un abordaje intraoral debido al tamaño y las posibles secuelas estéticas de un abordaje externo. Se consigue extracción de masa casi en su totalidad. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de teratoma maduro. El desarrollo de la niña en el momento actual es óptimo y en la RMN de control solo se evidencia una pequeña tumoración residual de 13 mm de diámetro.

Conclusiones. Los teratomas faciales son una entidad poco frecuente en nuestro medio. El pronóstico de estas lesiones viene determinado entre otros por su extensión, riesgo de compresión de vía aérea y potencial de malignización. Debido a esto el tratamiento quirúrgico precoz es esencial. Esta técnica se presenta como una vía de abordaje segura y con excelente resultado estético.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Nefroblastoma. Experiencia a largo plazo en el abordaje multidisciplinario.** Rodríguez Iglesias P, Serrano Durbá A, Rodríguez Caraballo L, Balaguer Guill J, Povo Martín I, Domínguez Hinarejos C. *Hospital Universitario i Politècnic la Fe. Valencia.*

Objetivos. Revisar nuestros resultados de pacientes con tumor de Wilms (TW) (el uso de las pruebas diagnósticas, el tratamiento médico y quirúrgico, las complicaciones, la tasa de recidiva y la supervivencia a los 5 años) y analizar los factores de riesgo y de mal pronóstico para la recidiva y/o muerte

Material y métodos. Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes con TW. Se recogen las siguientes variables: demográficas, comorbilidades, características del tumor (histología, localización, tamaño, extensión y estadio). Analizamos la tasa de recidiva, el desarrollo de tumores secundarios, así como la supervivencia a largo plazo. La clasificación por estadios y la estrategia de tratamiento se basó en el protocolo de la SIOP-2001.

Resultados. Presentamos los resultados de 35 pacientes con TW, dos bilaterales. Veintidós pacientes (62,9%) presentaron metástasis. En 7 (20%) se realizó una biopsia diagnóstica. La curva de supervivencia libre de enfermedad (recidiva tumoral o muerte) fue de 78% con un IC 95% [0,65-0,94]. La supervivencia del paciente fue de 0,94 IC 95% [0,8-6,1]. Se produjeron 7 recidivas y 2 *exitus*. Los pacientes con histología desfavorable (anaplasia o tipo blastemal) presentaron una tasa de supervivencia del 53% IC [0,29-0,94] y los de histología

favorable del 90% IC [0,78-1]. La recidiva se produjo en todos los pacientes antes del primer año.

Conclusiones. El pronóstico del TW es favorable. Nuestra supervivencia es similar al resto de series internacionales. Todas las recidivas ocurren antes del primer año. La histología desfavorable así como estadios avanzados han demostrado ser factores de mal pronóstico en la supervivencia.

(Oral 3 minutos)

- **CA-125 puede tener significación en la planificación quirúrgica de tumores ováricos pediátricos benignos.** Martín-Giménez M, Guillén G, Molino JA, López-Fernández S, Aguilera M, Gros L, López-Paredes M. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. La preservación ovárica es el abordaje quirúrgico de elección para los tumores ováricos benignos. Estos a menudo presentan síntomas leves que pueden estar relacionados con alteraciones del aporte vascular. El daño del tejido ovárico debido a una torsión inadvertida podría afectar a los resultados de la preservación ovárica. Recientemente la elevación de CA-125 se ha sugerido como marcador de torsión ovárica.

Material y métodos. Estudio retrospectivo (2009-2016) de los pacientes con tumores ováricos intervenidos quirúrgicamente en un centro pediátrico de tercer nivel. Se analizaron datos referentes a su presentación clínica, pruebas de imagen, marcadores tumorales, estudio histológico y evidencia de necrosis.

Resultados. Treinta y siete pacientes fueron operadas (6 masas ováricas no neoplásicas, 19 tumores benignos y 12 malignos). El CA-125 se determinó en 16 pacientes, encontrándose elevado en 5, siendo éstos 2 tumores germinales mixtos malignos con necrosis, 1 carcinoma seroso de bajo grado, 1 tumor de células de la granulosa con necrosis y, por último, 1 teratoma maduro torsionado en una paciente de 12 meses, en la que ni la ecografía y ni la resonancia magnética pudieron detectar la torsión ovárica, requiriendo cirugía urgente por *shock* hipovolémico. Entre los otros 11 pacientes con CA-125 normal solo hubo una torsión sin necrosis en un teratoma maduro.

Conclusiones. El CA-125 puede tener significación, no solo como marcador tumoral, sino como un posible predictor de sufrimiento parenquimatoso que puede conducir a una planificación quirúrgica temprana. Sin embargo, se necesita más evidencia para apoyar esta hipótesis.

(Oral 3 minutos)

- **Resultados de la cirugía de preservación ovárica en pacientes pediátricos: ¿hay lugar para la laparoscopia?** Martín Giménez M, Guillén G, López-Fernández S, Molino JA, Aguilera M, López-Paredes M. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. La laparoscopia es ampliamente aceptada para el tratamiento quirúrgico de las lesiones ováricas benignas en

mujeres adultas, con resultados similares al abordaje abierto cuando la ruptura se evita por diferentes medios. Este enfoque es controvertido en edad pediátrica.

Material y métodos. Estudio retrospectivo (2009-2016) de los tumores ováricos en edad pediátrica tratados en un centro de tercer nivel. Se recogieron datos relativos a la sintomatología, el tratamiento preoperatorio, la técnica quirúrgica y el seguimiento. La laparoscopia se utilizó solo en tumores sin signos de malignidad con parénquima ovárico sano claramente visible en estudios de imagen y cuyo tamaño permitía extraerlos sin fragmentarlos. Prestando especial atención en la cirugía con preservación de parénquima ovárico sano, comparando resultados entre abordaje abierto (AA) y laparoscópico (AL).

Resultados. Treinta y cuatro tumores en 32 pacientes fueron operados. Veinte casos (21 tumores) mostraron características benignas (7 cistoadenomas, 14 teratomas maduros). El tratamiento consistió en 8 ooforectomías (AA 4, AL 4) y 13 cirugías con preservación ovárica (AA 3, AL 10). El seguimiento medio fue de 35,9 meses (rango: 1-83), consistente en determinación de marcadores tumorales y controles ecográficos anuales durante al menos 5 años. Solo hubo una recaída en un cistoadenoma laparoscópicamente enucleado, y un paciente desarrolló un teratoma metacrónico contralateral. No hubo complicaciones relacionadas con el procedimiento.

Conclusiones. Nuestra serie, aunque pequeña y con un seguimiento limitado, sugiere que la laparoscopia podría ser una opción de tratamiento en un subgrupo de pacientes altamente seleccionados, aunque la laparotomía sigue siendo el abordaje más seguro y estandarizado.

(Oral 3 minutos)

- **Espectro de los hemangiomas hepáticos: abordaje multidisciplinar.** Leganés Villanueva C, Guillén Burrieza G, Molino Gahete JA, López Fernández S, Pérez Lafuente M, García-Patos V, Sábado Álvarez C, Coma Muñoz A, Bueno Recio J, López Paredes MG. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. Los hemangiomas hepáticos (HH) pueden asociar complicaciones graves. Analizamos nuestra experiencia con la introducción del propranolol y la embolización como nueva forma de abordaje en pacientes pediátricos.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de HH en un centro terciario con trasplante hepático. Se realizó resonancia magnética abdominal para la caracterización de las lesiones focales y diagnóstico precoz de formas múltiples o difusas que pueden ser infradiagnosticadas en controles ecográficos postnatales. Desde el 2009, el propranolol fue la primera línea de tratamiento HH múltiples y difusos. Se analizan el diagnóstico, clínica, tratamiento y seguimiento de dichos pacientes.

Resultados. Se registraron 20 pacientes en el período de estudio, asumiendo un sesgo de codificación hacia los casos más graves. El 20% fueron diagnosticados prenatalmente.

Su distribución fue: 10 focales (9 RICH, 1 PICH), 8 multifocales y 2 difusos. Requirieron tratamiento el 40% de los focales, 37,5% de los multifocales y todos los difusos. La embolización fue necesaria y tuvo éxito en 2 HH focales y 1 HH multifocal con insuficiencia cardiaca progresiva pese al tratamiento médico (corticoides y propranolol). Antes de la introducción del tratamiento combinado de propranolol más embolización, 2 pacientes con HH difusos murieron antes de poder trasplantarse; posteriormente no se registraron *exitus*.

Conclusiones. El propranolol ha mejorado el pronóstico de los pacientes con HH difusos y múltiples. La hipotensión secundaria al propranolol en pacientes con fallo cardíaco progresivo puede no ser tolerada, por lo que la embolización podría ser el tratamiento de elección en HH con fallo cardíaco progresivo.

(Oral 5 minutos)

- **Tumores neonatales: Experiencia en una Unidad de Cirugía Oncológica.** Betancourth-Alvarenga JE, Vázquez Rueda F, Escassi Gil Á, Garrido Pérez JI, Vargas Cruz V, Paredes Esteban RM. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivos. Los tumores neonatales representan menos del 2% de los tumores pediátricos, sin embargo, el comportamiento biológico difiere a los desarrollados en otros grupos de edad. Estas características junto a la inmadurez neonatal dificultan el tratamiento, convirtiéndolos en un grupo muy vulnerable. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas, anomalías asociadas, diagnóstico y repercusión del tratamiento de los tumores neonatales.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes ?28 días diagnosticados de tumor neonatal entre 1998-2016. Se realizó análisis estadístico de las principales características clínicas, histológicas, métodos diagnósticos, tratamientos establecidos y morbimortalidad. Se realizó una base de datos y análisis de variables mediante paquete de datos SPSS v.15.1.

Resultados. Se diagnosticaron 52 recién nacidos con tumores. El 51,9% (n = 26) varones, con edad media al diagnóstico de $4,96 \pm 8$ días. El diagnóstico fue prenatal en 26,9% (n = 14) y 50,0% (n = 26) en la primera semana de vida. El 19,2% (n = 10) asoció otra malformación. Los tumores más frecuentes fueron el hemangioma 45,1% (n = 23), neuroblastoma 7,8% (n = 4) y teratoma sacrococcígeo 5,9% (n = 3). Se realizó tratamiento médico 32,7% (n = 17), quirúrgico en 41,2% (n = 22) y conservador en 32,6% (n = 17). La mortalidad global fue del 11,8% (n = 6), de los cuales un 50% (n = 3/6) casos ocurrieron durante el período perioperatorio.

Conclusiones. El manejo de los tumores neonatales requiere un equipo multidisciplinar para minimizar las secuelas y garantizar el mejor resultado. El manejo conservador es una opción terapéutica válida en determinados tipos de tumores. La mortalidad global es baja y depende principalmente de las características fisiológicas del neonato y sus malformaciones asociadas.

(Oral 5 minutos)

- **Antecedentes de criptorquidia en varones diagnosticados de tumor testicular: revisión de nuestra casuística.** Sánchez-Sánchez Á, Aranda García MJ, Villamil V, Sánchez Morote JM, Rojas-Ticona J, Giménez-Aleixandre MC, Hernández Bermejo JP. *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Objetivos. El cáncer testicular es la neoplasia más frecuente en varones jóvenes. Se ha descrito el maldescenso testicular como factor etiopatogénico. Nuestro objetivo es conocer la prevalencia de criptorquidia como antecedente en pacientes tratados de neoplasia testicular en nuestro centro.

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional de pacientes postpuberales tratados de cáncer testicular entre 2005-2015. Recogemos el antecedente de maldescenso testicular, intervenido o no, y el tipo de neoplasia. Excluimos los pacientes prepuberales, con disgenesia gonadal o tumores paratesticulares.

Resultados. Estudiamos 289 pacientes con cáncer testicular entre 2005 y 2015. La edad media al diagnóstico fue 32,6 años. Presentaron antecedente de maldescenso 9 pacientes (3,1%). En 3 pacientes la criptorquidia fue bilateral, con desarrollo de cáncer en ambos testes en uno de ellos. En 4 pacientes se realizó orquidopexia en la infancia, en un paciente en edad puberal y en otro a los 20 años. Un caso recibió gonadotropina coriónica humana como único tratamiento. En 2 pacientes no se trató la criptorquidia. De los 10 tumores encontrados en los 9 pacientes, el 40% fue de estirpe seminomatosa, el 50% no-seminomatoso y en un caso se encontró un tumor estromal. En 6 de los 289 pacientes afectados de cáncer testicular el tumor se desarrolló en el teste criptorquídeo (2,07%).

Conclusiones. La criptorquidia es un factor de riesgo establecido de cáncer testicular. En nuestro estudio el 3,1% de los pacientes con cáncer testicular presentaron antecedentes de criptorquidia, con afectación del teste maldescendido en el 2,7% de los pacientes, datos compatibles con los descritos en la literatura

(Oral 5 minutos)

- **Pseudotumor inflamatorio hepático, necesidad de cirugía.** García Dueñas C, Gironés Camarasa B, Licerias Licerias E, Mátar Sattuf K, Fernández Valadés R. *Hospital Virgen de las Nieves. Granada.*

Objetivos. El pseudotumor inflamatorio hepático es una entidad poco frecuente. Es considerado un tumor benigno, aunque las manifestaciones clínicas y los hallazgos radiológicos son similares a los de un tumor maligno. Por las peculiaridades de este tumor, su forma de presentación y evolución, las indicaciones de cirugía son variables.

Material y métodos. Presentamos el caso de un varón de 12 años con dolor costal de 15 días de evolución, asociado a síndrome constitucional con astenia, febrícula y pérdida de

peso. El estudio radiológico objetivó la presencia de una masa en segmento VI hepático que infiltraba pared torácica y se extendía hasta fascia de Gerota. El estudio histopatológico de la biopsia, mostró proliferación miofibroblástica con extensa inflamación mixta.

Resultados. Se indicó la cirugía ante la persistencia de la sintomatología y el crecimiento del tumor a pesar del tratamiento con corticoides. Durante la intervención se consiguió la extirpación completa de la masa, sin presentar recurrencias de la enfermedad hasta el momento actual.

Conclusiones. El pseudotumor inflamatorio hepático es una patología de origen incierto y de características principalmente benignas, aunque se han descrito casos de recurrencias y metástasis. El tratamiento es aún controvertido, debiendo optarse por una actitud quirúrgica ante el crecimiento del tumor, la persistencia de los síntomas, y en ocasiones, para una confirmación diagnóstica.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Los inhibidores de ALK modifican el tratamiento quirúrgico de los tumores miofibroblásticos inflamatorios.** Aguilera Pujabet M¹, Guillén Burrieza G¹, López Fernández S¹, Molino Gahete JA¹, Martín Giménez MP¹, Hladun Álvaro R², López Paredes M¹. ¹Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. ²Servicio Oncología Pediátrica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. El tratamiento con inhibidores de ALK forma parte del manejo de los tumores miofibroblásticos inflamatorios (TMIs) ALK positivos (ALK+), que suponen el 50% de los mismos. Una reducción significativa del tamaño tras el tratamiento puede permitir evitar la cirugía o realizar resecciones menos extensas y/o mínimamente invasivas.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de los TMIs diagnosticados en un centro terciario (2000-2016). Se analizaron datos demográficos, síntomas, inmunohistoquímica, tratamiento (médico/quirúrgico) con especial atención en la cirugía mínimamente invasiva (CMI) y el seguimiento.

Resultados. Se diagnosticaron 11 pacientes (edad media de 9 años). La localización de los tumores fue: pulmón (3), hígado (2), vejiga (2), intestino (2), órbita (1) y tejidos blandos (1). Se realizó biopsia en 6 casos, siendo diagnóstica en 4, 2 de ellos ALK+ (1 hepático, 1 vesical). Ambos recibieron tratamiento con inhibidores de ALK, consiguiendo una reducción significativa que permitió realizar una resección robótica del tumor vesical. El tumor hepático era irreseccable y el paciente no era candidato para trasplante hepático, falleciendo tras 31 meses por sus comorbilidades. Se realizó resección primaria en 9 pacientes. El resultado final de ALK fue positivo en 3, negativo en 3 y desconocido en 5. Con una mediana de seguimiento de 52 meses, dos pacientes recidivaron localmente a los 4 (órbita, resección incompleta, ALK desconocido) y 1,5 años (hígado, resección completa, ALK negativo).

Conclusiones. Los TMIs podrían beneficiarse de un abordaje menos agresivo y no mutilante, gracias a un mejor conocimiento de su biología, el desarrollo de terapias dirigidas y los avances en CMI y robótica.

(Oral 3 minutos)

- **Linfadenectomía robótica postquimioterapia de sarcoma paratesticular.** Llorens de Knecht E, Bujons Tur A, Montcada E, Villavicencio H. *Fundació Puigvert. Barcelona.*

Objetivos. El sarcoma paratesticular es un tumor maligno agresivo de origen mesenquimal. El rabdomiosarcoma es el tipo histológico más común en niños. El tratamiento consiste en cirugía, quimioterapia y radioterapia. La morbilidad depende de la recurrencia local y la enfermedad a distancia. La linfadenectomía se recomienda en caso de metástasis de ganglios linfáticos retroperitoneales.

Material y métodos. Presentamos el caso de un varón de 16 años sometido en abril del 2016 a orquiectomía radical derecha por masa testicular de evolución rápida con resultado anatomopatológico de rabdomiosarcoma paratesticular. En estudio de extensión se aprecia adenopatía precava compatible con diseminación ganglionar, por lo que se trata de un rabdomiosarcoma de alto grado. Tras tratamiento quimioterápico (Protocolo EpSSG RMS2005) y con adecuada respuesta, se decide realizar linfadenectomía robótica.

Resultados. Se realiza abordaje transperitoneal con trócares de 8 mm y con trocar óptico de 12 mm. A través de incisión laterocólica se accede a espacio retroperitoneal, con disección de masa en sentido craneocaudal hasta bifurcación aórtica. El tiempo quirúrgico fue de 240 minutos y pérdidas sanguíneas de 200 ml. No hubo complicaciones postquirúrgicas y fue alta al 4º día postcirugía. El resultado anatomopatológico reveló metástasis de rabdomiosarcoma sin ruptura capsular. Tras 2 meses se coloca teste izquierdo en canal inguinal previo a tratamiento de radioterapia.

Conclusiones. La linfadenectomía robótica para las metástasis adenopática de sarcomas paratesticulares es una alternativa factible con la ventaja de la cirugía mínimamente invasiva con buenos resultados oncológicos y aceptable morbilidad.

(Video 5 minutos)

- **Ensayo preliminar de formación de tumoresferas para explorar la relación entre el neuroblastoma y eventos hipóxicos.** Alonso Arroyo V¹, Pérez Bertólez S¹, Maestre MV¹, Fernández Pineda I², Aspiazú D¹, Cabello R¹, Pardal R³, Vega F³. ¹Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla. ²St Jude Children's Research Hospital. Memphis. USA. ³Instituto de Biomedicina de Sevilla.

Objetivos. Nuestro objetivo es explorar la hipótesis de una relación entre desarrollo de neuroblastoma (NBL) y eventos hipóxicos perinatales.

Material y métodos. Estudio experimental preliminar en cultivo celular de la línea de NBL humano SK-N-SH en hipoxia y en normoxia. Cultivo de células pretratadas en ensayos de tumoresferas primarias (TEP) y secundarias (TES) en hipoxia y en normoxia. El número de tumoresferas formadas determina cantidad de células progenitoras (con fenotipo próximo a células de cresta neural, origen del NBL), el diámetro de las tumoresferas determina su potencial proliferativo. Ambos parámetros podrían correlacionarse con agresividad y desarrollo del NBL.

Resultados. Eficacia de crecimiento de TEP (% del total celular cultivado en cada condición): normoxia (x2) 3,75; normoxia+hipoxia 2,70; hipoxia+normoxia 3,73, hipoxia (x2) 3,10. Mediana del diámetro de TEP (unidades relativas): normoxia (x2) 38.747,5 [9-341.315], normoxia+hipoxia 52.595 [20-322.887], hipoxia+normoxia 36.139 [8-323.444], hipoxia (x2) 43.184 [13-376.717]. Eficacia de crecimiento de TES (% del total celular cultivado en cada condición, procedente de TEP): normoxia (x3) 1,56; normoxia (x2)+hipoxia 1,29; normoxia+hipoxia+normoxia 1,85; normoxia+hipoxia (x2) 0,55. Mediana del diámetro de TES (unidades relativas): normoxia (x3) 53.600 [23-228.543], normoxia (x2)+hipoxia 56.579,5 [34-368.293], normoxia+hipoxia+normoxia 44.822 [24-176.465]; normoxia+hipoxia (x2) 103.283 [32-237.474].

Conclusiones. En condiciones de hipoxia obtuvimos menor eficacia de formación de tumoresferas pero mayor potencial proliferativo. La menor eficiencia de crecimiento en TES podría deberse a toxicidad celular por hipoxia sostenida; proliferando más las supervivientes. El análisis de marcadores celulares asociados a hipoxia podría suponer un novedoso método diagnóstico y de estadificación de NBL.

(Oral 5 minutos)

- **Tumores primarios de la vía aérea central: experiencia en una unidad de referencia.** Carrillo Arroyo I, Antón-Pacheco JL, Redondo Sedano J, López Díaz M, Morante Valverde R, Aneiros Castro B, Benavent Gordo MI, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Presentar nuestra experiencia en el diagnóstico clínico y endoscópico de tumores primarios de la vía aérea central y evaluar las diferentes alternativas terapéuticas.

Material y métodos. Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes tratados en nuestra Unidad con el diagnóstico de tumor laringotraqueobronquial en el periodo 1996-2016. Se han estudiado las siguientes variables: datos demográficos, sintomatología, hallazgos broncoscópicos (+/- biopsia), localización, estirpe histológica, tipo de tratamiento y resultado.

Resultados. El estudio incluye 20 pacientes (11 niñas) con una edad mediana de 5 años (rango, 4 meses-15 años). El síntoma más frecuente fue el estridor aislado (55%) seguido de dificultad respiratoria (25%) y atelectasia/neumonía (20%). La mayoría de los tumores se localizaron en la laringe (60%)

y el resto en la tráquea y/o bronquio (40%). Se realizó biopsia broncoscópica en 9 casos (45%). Diez tumores fueron de tipo benigno (8 hemangioma, 2 papilomatosis), seis de agresividad intermedia (5 tumor miofibroblástico inflamatorio y 1 plasmocitoma), cuatro malignos (2 sarcomas, 1 carcinoide y 1 ca. mucoepidermoide). Se realizó tratamiento quirúrgico en 5, endoscópico en 6 y ambos en 1. En 8 se realizó tratamiento médico (en 1 quimioterápico). Están curados o en remisión 17 pacientes, 2 en tratamiento y 1 tiene seguimiento incompleto. No ha habido mortalidad en la serie.

Conclusiones. Los tumores primarios de la vía aérea central son muy poco frecuentes en la edad pediátrica. Existe una amplia heterogenicidad y el tipo benigno-hemangioma es el más habitual seguido del tumor miofibroblástico inflamatorio. El tratamiento de elección para los tumores malignos o intermedios es la resección quirúrgica.

(Oral 3 minutos)

- **Síndrome lumbar con masa pélvica pararectal y paravesical resuelta con propranolol.** Ávila Ramírez LF¹, Rodríguez de Alarcón García J¹, Campos Muñoz L², Domínguez Amillo EE¹, De La Pedraja Gómez-Ceballos I³, Llanos Pérez D³, Soto Beauregard C¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Instituto del Niño y del Adolescente. Hospital Clínico San Carlos. ²Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Carlos. ³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. La asociación de hemangiomas lumbosacros y perineales con malformaciones congénitas fue descrita por primera vez en el año 1986. En noviembre del 2010, Lacobabs y cols. proponen el término LUMBAR para describir la asociación de hemangiomas del extremo inferior corporal con otras anomalías cutáneas, urogenitales, renales, mielopatía, deformidades óseas, malformaciones anorrectales y arteriales.

Material y métodos. Paciente varón, fruto de un embarazo gemelar de 31 semanas, diagnosticado al nacimiento de un lipoma sacro y siringomielia. Con 6 meses de vida presenta lesión cutánea sacra compatible con hemangioma que se confirmó histológicamente y que en resonancia magnética (RMN) y tomografía abdominal con contraste (TAC) se objetiva una masa paravesical, pararectal y en la musculatura glútea izquierda que crece rápidamente sugestiva de tumoración vascular.

Resultados. Bajo estrecho control ecográfico y de RMN se instaura tratamiento con propranolol a 3 mg/kg/día con buena tolerancia y disminución progresiva de la tumoración pélvica y de las lesiones cutáneas. El tratamiento se mantuvo hasta los 15 meses de vida del paciente con resolución completa de la masa pélvica. Tras 6 meses de seguimiento no ha presentado recidiva de las lesiones cutáneas ni pélvicas y está en seguimiento por neuropediatría sin sintomatología por el lipoma sacro.

Conclusiones. Los hemangiomas lumbosacros y perineales integran marcadores de disrafismo lumbar oculto, por lo que es mandatorio realizar RMN. El crecimiento rápido en fases iniciales puede asociar sintomatología importante que puede precisar abordajes agresivos (embolización y/o cirugía) aunque el propranolol por vía oral debe considerarse el tratamiento inicial de elección bajo un estricto seguimiento radiológico.

(Poster presentado 1 minuto)

PLÁSTICA - CIRUGÍA

25 de mayo de 2017, 15:00 horas

- **Síndrome de Poland: experiencia en 39 pacientes.** Romo Muñoz MI, Núñez Cerezo V, Miguel Ferrero M, Jiménez Gómez J, Gómez Cervantes M, Dore Reyes M, Hernández Oliveros F, De la Torre Ramos CA, López Santamaría M. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. El Síndrome de Poland (SP) es una malformación rara con una expresión variable. Las grandes series publicadas son escasas y la mayoría se centran en una visión parcial de la enfermedad. El objetivo es presentar nuestra experiencia en el tratamiento integral y multidisciplinar de la malformación y justificar la necesidad de la creación de un registro nacional de pacientes.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes atendidos en nuestro centro con SP, analizando datos demográficos, morfológicos, especialidades que participaron en su atención, procedimientos quirúrgicos y malformaciones asociadas.

Resultados. Se incluyen 39 pacientes, (59% mujeres). Veintitrés (59%) tenían afectación derecha y 25 (64%) asocian algún defecto en el miembro superior ipsilateral de gravedad; 23 pacientes presentaban enfermedades asociadas, siendo las alteraciones renales las más frecuentes. En total se realizaron 74 procedimientos quirúrgicos, de las que 23 fueron intervenciones torácicas en 17 pacientes y 51 de miembro superior en 22.

Conclusiones. El SP requiere con mucha frecuencia tratamientos quirúrgicos multidisciplinarios. Dada su baja incidencia y para mejorar el tratamiento integral y evitar la dispersión del conocimiento, proponemos crear un registro nacional de SP que permita optimizar su manejo.

(Oral 3 minutos)

- **Utilización de la lipotransferencia como tratamiento pionero de las secuelas estéticas en las hendiduras faciales congénitas.** Álvarez García N¹, Soria Gondek A², Parri Ferrandis F², Albert Cazalla A², Rubio Palau J². ¹Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ²Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.

Objetivos. Las hendiduras faciales, resultado de la falta de unión de los procesos embrionarios durante el desarrollo,

afectan tanto a los tejidos óseos como a las partes blandas. La complejidad de esta malformación y las secuelas tras la cirugía primaria, con frecuencia múltiple, suponen un reto terapéutico. El objetivo es presentar nuestra experiencia, pionera, en la utilización de la lipotransferencia con grasa autóloga para la corrección de las secuelas estéticas de las hendiduras congénitas.

Material y métodos. Estudio retrospectivo en pacientes < 21 años con hendidura facial tratados mediante lipotransferencia tipo Coleman, en un centro de referencia en patología craneofacial congénita. Las variables recogidas incluyen: datos epidemiológicos, tipo de hendidura, cirugías previas, zona donante, resultados estéticos obtenidos y complicaciones.

Resultados. 18 pacientes –12 niñas, 6 niños– fueron tratados entre 1-8 años. De estos, en 4 con hendiduras tipo 3, 4 y 5 de Tessier se realizó lipotransferencia a la edad de 17, 18,7 y 20 años. La deformidad estética fundamental era la depresión infraorbitaria, paranasal y malar. La grasa autóloga, obtenida del abdomen y/o glúteos, fue transferida según la técnica de Coleman. 3 pacientes fueron dados de alta el mismo día. Un paciente presentó exoftalmos transitorio por migración del tejido graso sin precisar tratamiento. Ningún paciente ha presentado edema, dolor, infección ni necrosis. Todos mostraron adecuada tolerancia a la técnica y mejoría estética objetiva de las secuelas.

Conclusiones. La lipotransferencia es una técnica útil y segura como tratamiento de las secuelas de las hendiduras faciales, con resultados prometedores a pesar de la existencia de tejido cicatricial y retracciones severas.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Signos clínicos de alarma en las tumoraciones de partes blandas.** Redondo Sedano JV, Marti Carrera ME, Aneiros Castro B, Carrillo Arroyo I, Melero Guardia L, Martín Alelu R, Delgado Muñoz MD, Gómez Fraile A, Morante Valverde R. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Las tumoraciones palpables de partes blandas constituyen un reto diagnóstico en la consulta de Cirugía Plástica Infantil dado el carácter inespecífico frecuente en su presentación clínica, y la amplia variedad de lesiones histológicas implicadas. Exponemos 9 casos de tumores de partes blandas poco frecuentes valorados en nuestra consulta, y analizamos las características clínicas distintivas que les diferencian de las lesiones más habituales. Además, revisamos el protocolo de actuación de nuestro centro ante tumoraciones de partes blandas con datos semiológicos de posible malignidad.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de los casos seleccionados, analizando datos semiológicos de las lesiones, imágenes diagnósticas, abordaje terapéutico y evolución posterior.

Resultados. Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud para Tumores de Partes Blandas, presentamos 9 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de: hamartoma fibroso de la infancia, miofibroma (2 casos), tumor fibroso solitario, lipoblastoma (2 casos), neurotequeoma, fibrosarcoma y dermatofibrosarcoma protuberans.

Conclusiones. Las características semiológicas de las tumoraciones de partes blandas son claves para sospechar una posible evolución atípica. Lesiones con cambios cutáneos, de rápido crecimiento, gran tamaño o variaciones progresivas de coloración, son susceptibles de un estudio más exhaustivo que permita su diferenciación de las lesiones más habituales. El tratamiento debe tener en cuenta, entre otros aspectos, la evolución natural más frecuente de la lesión.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Insuficiencia velofaríngea en el niño con fisura labio-palatina.** Melero Guardia L, Delgado Muñoz MD, Martí Carrera E, Morante Valverde R, Carrillo Arroyo I, Aneiros Castro B, Redondo Sedano JV, Martín Alelu R, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid.*

Objetivos. Determinar la tasa de insuficiencia velofaríngea (IVF) en el niño con fisura labiopalatina y evaluar los factores que podrían conducir a ésta. Asimismo estudiar si el seguimiento y tratamiento logofoniatrico de estos pacientes es adecuado y cuáles son las técnicas quirúrgicas más utilizadas.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de 167 niños intervenidos de fisura labiopalatina en nuestro centro entre 2002-2012. Las variables estudiadas fueron: tipo de defecto, síndromes asociados, ortopedia prequirúrgica, técnica de cierre de labio, técnica de cierre de paladar y complicaciones del mismo, colocación de drenajes timpánicos y seguimiento por logofoniatría.

Resultados. El 17,9% de los pacientes estudiados presentaron IVF de los cuales un 63,3% precisaron reintervención. No se ha encontrado relación estadísticamente significativa con tipo de defecto ni técnica quirúrgica utilizada para cierre de paladar. Se objetiva un aumento de tasa de IVF en los niños con fístulas palatinas. Nuestro calendario quirúrgico no contempla el cierre tardío de paladar, por lo que en este estudio no se constata aumento de IVF secundario a aumento de edad de cierre, tal y como se describe en la bibliografía.

Conclusiones. La IVF es una secuela habitual en los pacientes con fisura palatina. Sin embargo, debido a que su diagnóstico inicial es subjetivo y la valoración por personal especializado en esta patología no siempre está disponible, podría estar infradiagnosticada. Es indispensable por tanto realizar un seguimiento estrecho de estos niños así como crear unidades multidisciplinarias que permitan una detección temprana y un tratamiento adecuado.

(Oral 3 minutos)

- **Técnica de suspensión al frontal en pacientes con blefaroptosis: nuestra experiencia.** Jurado Tabares M, Hernández del Arco S, Martínez Villamandos A, Martínez Del Castillo ML, García Soldevila N, Galiano Duro E. *Hospital Regional Universitario Materno Infantil de Málaga.*

Objetivos. La blefaroptosis se define como una posición anormalmente caída del párpado superior. En niños suele ser congénita, por distrofia del músculo elevador del párpado. En todos los casos el tratamiento es quirúrgico, siendo en nuestro centro llevado a cabo por Cirugía Pediátrica Plástica con valoración pre y postoperatoria por Oftalmología. Presentamos la técnica e indicaciones de la suspensión al frontal así como nuestra experiencia en su aplicación.

Material y métodos. Esta técnica consiste en la unión del tarso al músculo frontal mediante un doble romboide realizado con 2 hemisuturas no reabsorbibles de multifilamento trenzado. Los pacientes candidatos a esta cirugía son aquellos con ausencia de función del músculo elevador del párpado y con un grado moderado-severo de blefaroptosis. En los últimos 39 meses hemos tratado con esta técnica a 17 pacientes.

Resultados. 9 de nuestros pacientes presentaban blefaroptosis unilateral y 8 bilateral, con un total de 25 párpados intervenidos. De los pacientes con blefaroptosis bilateral, 5 se encontraban en el contexto de un síndrome de blefarofimosis y se había realizado previamente una plastia de Mustardé. El resultado ha sido óptimo en todos los casos, con corrección completa de la ptosis palpebral.

Conclusiones. La blefarosuspensión al frontal es una técnica eficaz con muy buenos resultados funcionales y estéticos y bajo índice de complicaciones. En cuanto al material de sutura aún se debaten los beneficios de utilizar materiales biológicos autólogos frente a sintéticos. En nuestra serie, solo un paciente ha presentado rechazo de la sutura que se resolvió sin tener que revertir la técnica.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Hendidura esternal asociada al síndrome PHACES.** Miró I, Gutiérrez C, Fonseca R, Barrios JE. *Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

Objetivos. La hendidura esternal es una malformación congénita torácica extremadamente rara en la que existe una falta de fusión de ambos procesos esternales. Puede existir asociación a otras anomalías como hemangiomas y defectos cardíacos en el llamado síndrome PHACES. Presentamos un caso recientemente tratado en nuestro centro.

Material y métodos. Presentamos un paciente con diagnóstico de hendidura esternal y síndrome PHACES. A la exploración física presentaba un defecto de fusión en tercios superior y medio esternales, aplasia cutis a este nivel y un angioma plano de 3 cm en miembro inferior derecho. Se realizó ecocardiografía y resonancia cerebral para excluir

comorbilidades graves a estos niveles, y ecografía y resonancia magnética torácicas previas a la intervención, evidenciando un esternón en forma de V y una distancia de 3 cm entre ambas clavículas.

Resultados. El paciente se intervino en el undécimo día de vida. Se realizó una incisión en T sobre línea media y clavículas y posteriormente disección y aproximación de ambos procesos esternales mediante puntos de sutura, reforzando éstas con placas de material reabsorbible. Para cubrir el defecto esternal se utilizaron injertos tallados de cartílago costal. Tras la cirugía evolucionó correctamente, sin repercusión hemodinámica y con extubación a las 24 horas postoperatorias. Al mes de la intervención el paciente se encuentra asintomático y el resultado estético es excelente.

Conclusiones. La hendidura esternal supone un desafío a la hora de plantear la cirugía. Los injertos de cartílago costal y las placas de material reabsorbible permiten una corrección estética óptima de la misma.

(Video 5 minutos)

- **Morbilidad de los reservorios venosos centrales subcutáneos. Experiencia de 10 años.** Siu Uribe A, Vázquez Rueda F, Betancourth-Alvarenga JE, Ramnarine Sánchez SD, Jimenez Crespo V, Paredes Esteban RM. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivos. Los catéteres venosos centrales con reservorio (CVCR) son ampliamente utilizados en pacientes que precisan tratamiento endovenoso prolongado. Nuestro objetivo es analizar el procedimiento y las complicaciones relacionadas con la utilización de CVCR en nuestro centro.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 142 pacientes a los que se les implantó un CVCR entre 2006-2016. Se estudiaron variables relacionadas con el paciente, técnica de implantación y complicaciones postoperatorias inmediatas y tardías. Estudio estadístico con IBM SPSS v.15.1.

Resultados. 168 CVCR fueron implantados en 142 pacientes, con edad media de $5,05 \pm 3,95$ años (Rango: 1 mes a 15 años) y razón hombre:mujer de 1,4:1. La principal indicación fue quimioterapia por tumores sólidos 41,5% (59/142) y trastornos hematológicos, fundamentalmente leucemias 42% (n = 60/142). La vía de acceso de elección fue la vena yugular interna derecha mediante punción percutánea en 80,9% (136/168), punción ecoguiada en 60,1% (101/168) y venodisección en 19,1% (32/168). Las complicaciones relacionadas con la técnica y el manejo fueron del 12,5% (21/168): infecciosas en 5,9% (10/168), por dehiscencia de herida 3,5% y atribuidas al catéter en un 3%. Tiempo medio de permanencia del CVCR 23 ± 18 meses. El 1,85% (n = 3) presentó complicaciones en su retirada en relación directa con el tiempo de permanencia ($46,32 \pm 2$ meses, $p = 0,03$). Indicación de retirada precoz por complicaciones en 10,1% (n = 17), sin relación estadística con la técnica quirúrgica.

Conclusiones. El reservorio venoso subcutáneo es un procedimiento no exento de morbilidad. La mayoría de las complicaciones están relacionadas con las características especiales de los pacientes debido a su proceso oncológico y la permanencia del CVCR.

(Oral 3 minutos)

- **Reconstrucción de paladar con colgajo de fascia temporal en pacientes con hendidura palatina y fistula oronasal gigante.** Olivares Pardo E, Espinoza Vega M, Rico Espiñeira C, Larraga Nieto L, Muñoz Ollero N, Santos Santos S, González Meli B. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos. En los pacientes con hendidura palatina una complicación relativamente frecuente es la fistula palatina. Las fistulas oronasales de gran tamaño son un reto reconstructivo y tienen una relevancia significativa para el desarrollo del habla y por tanto la personalidad de estos niños. Estos niños suelen estar abocados a un uso de aparato obturador o precisan de aporte de tejido suplementario con técnicas microquirúrgicas. Se pretende mostrar el colgajo de fascia temporal como técnica alternativa al cierre de de estas fistulas gigantes.

Material y métodos. Se presentan dos casos atípicos con fistula oronasal gigante que precisaban de un aporte de tejido de importante que no se podía obtener localmente. El primer caso es un varón de 2 años y el segundo un varón de 5 años adoptado, con pérdida de colgajos mucoperiosticos palatinos por cirugía previa. Para el cierre de la fistula oronasal se utilizó un colgajo de fascia temporal, realizado en dos tiempos quirúrgicos. En el primer tiempo se procedía a injertar piel de la zona inguinal y aproximadamente a las dos semanas se transponía a la cavidad oral para el cierre de la comunicación oronasal.

Resultados. Se consiguió el cierre de la comunicación oronasal sin recidiva de la fistula. Los dos pacientes precisaron de colgajo faríngeo para una correcta emisión de fonemas. Desde el punto de vista fonológico el habla es satisfactoria.

Conclusiones. El colgajo de fascia temporal es una alternativa segura y poco compleja para el cierre de fistulas oronasales gigantes en pacientes con hendidura labiopalatina. Las secuelas en la zona donante son inapreciables.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Electrocardiografía intracavitaria como método de comprobación de posición de punta de catéter venoso central en pacientes pediátricos.** Tejerina López R, Jurado Tabares M, Palomares Garzón C, Martínez Villamandos A, Stout CS, Parrado Villodres R, Primelles Díaz A, Galiano Duro E. *Hospital Materno Infantil de Málaga.*

Objetivos. La posición final de la punta de un CVC es importante a la hora de evitar complicaciones asociadas a este dispositivo. Se recomienda su situación en el tercio inferior de

la VCS o la unión cavoatrial, siendo la radiografía torácica la técnica *gold standard*. Presentamos como método alternativo la electrocardiografía intracavitaria. El objetivo de esta comunicación mostrar la técnica y nuestros resultados preliminares.

Material y métodos. Incluimos en nuestro estudio todos los pacientes que precisaron la colocación de cualquier tipo de dispositivo de cateterización venoso central (PICC, RVC, CVC) hasta los 14 años de edad en 2016. Excluimos a los pacientes con alteraciones del ritmo o imposibilidad para visualizar onda P en el electrocardiograma de superficie. Utilización del propio catéter como transductor tras purgarlo con suero, reflejando en el ECG la posición de su punta. Observamos los cambios, que se producen en la onda P del EKG en la relación entre la punta del catéter y el nodo sinusal y con esta información determinar la posición del mismo. Accedimos habitualmente a través de la vena subclavia izquierda, ya que el mayor recorrido a través de la innominada facilita el manejo del catéter. Posteriormente contrastamos la posición de la punta del catéter mediante una radiografía de tórax.

Resultados. Nuestra experiencia abarca 13 pacientes (11 RVC, 1 PICC, 1 VVC), con una tasa de aciertos cercana al 80%, aunque aún nos encontremos en fase de aprendizaje.

Conclusiones. La electrocardiografía intracavitaria se presenta como alternativa a la radiografía torácica como método para conocer la posición de la punta del CVC.

(Oral 3 minutos)

- **Esclerosis de malformaciones linfáticas quísticas con OK-432 en edad pediátrica: ¿es posible predecir su respuesta?** Aguilera Pujabet M, López Fernández S, Guillén Burrieza G, Molino Gahete JA, Martín Giménez MP, López Paredes M. *Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. La esclerosis con OK-432 es un tratamiento habitual en las malformaciones linfáticas quísticas (MLQ), aunque su efectividad en pacientes pediátricos es variable. Nuestro objetivo es analizar la respuesta a la esclerosis tratando de identificar factores que condicionen la misma.

Material y métodos. Estudio retrospectivo (2006-2016) de los pacientes con MLQ tratados con OK-432 en nuestro centro. Se clasificaron en 3 grupos en función de su respuesta a la primera escleroterapia: completa (lesión residual imperceptible), parcial (disminución de la lesión) o sin respuesta. Se analizaron datos demográficos, clínicos, radiológicos y evolutivos como posibles factores asociados al tipo de respuesta inicial.

Resultados. Se realizó escleroterapia con OK-432 en 24 pacientes (11H/13M) a una mediana de edad de 2,2 años (0-12,6), incluyendo una durante un procedimiento EXIT. La respuesta completa tras la primera escleroterapia se constató en 7 pacientes (29,2%), la parcial en 11 (45,8%, todas MLQ mixtas) y 6 (25%) no respondieron. En la mayoría de pacientes con respuesta parcial (9/11) se repitió la escleroterapia (media de 2,7 escleroterapias por paciente) hasta alcanzar la respuesta

deseada. No hubo complicaciones relacionadas con los procedimientos. La mediana de seguimiento fue de 6,1 años (0,3-16). La localización laterocervical y las MLQ macroquísticas se asociaron a respuesta completa tras la primera escleroterapia, mientras que las microquísticas lo hicieron a ausencia de respuesta ($p < 0,05$).

Conclusiones. Las mejores respuestas a la escleroterapia con OK-432 se obtienen en las MLQ macroquísticas y de localización cervical, y las peores en las microquísticas. Ante una respuesta inicial parcial, las escleroterapias repetidas pueden conseguir buenos resultados.

(Oral 5 minutos)

- **Distorsión mandibular neonatal en el tratamiento de la secuencia Pierre Robin. Estado actual.** Martín-Lluís A, Rubio-Palau J, Parri Ferrandis F, Bejarano Serrano M, Albert Cazalla A. *Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.*

Objetivos. La secuencia Pierre Robin (SPR) puede causar dificultad respiratoria neonatal y de la deglución. El objetivo es presentar nuestra actual secuencia terapéutica rápidamente ascendente en los casos de SPR de los últimos dos años

Material y métodos. Revisión de los pacientes ingresados por SPR en los dos últimos años: análisis de la severidad, la secuencia terapéutica y la evolución a corto plazo.

Resultados. De 8 pacientes con SPR, 4 mejoraron con tratamiento conservador (postural, oxígeno en tubo nasofaríngeo). No se practicó ninguna glosopexia. Cuatro no mejoraron y se hizo distorsión mandibular osteogénica (DMO). La patología de base, complicaciones y evolución han sido: *Caso 1:* Síndrome de Stickler. Kirschner anterior extruido. Recolocación al 9º día del postoperatorio. Nueva extrusión a las 3 semanas, se retiran distractores por distorsión completa. Uranoestafilotomía realizada. *Caso 2:* SPR aislada. Trastorno prolongado de la deglución (resuelto meses después de retirar los distractores). Uranoestafilotomía realizada. *Caso 3:* Sd. Saethre-Chotzen/ Baller-Gerold. Síndrome polimalformativo y enfermedad neurológica con mal pronóstico vital, que se evidenció a las 7 semanas por EMG. *Exitus* a los 2 meses de vida. *Caso 4:* Síndrome en estudio. Pérdida de la distorsión derecha por distractor flojo, que se compensa en los días siguientes.

Conclusiones:

- Escalada rápida de la agresividad terapéutica en pacientes con estancamiento evolutivo.
- Equipo multidisciplinar, indicación consensuada del tratamiento.
- Avances tecnológicos:
 - Planificación 3D: mayor precisión.
 - Bisturí piezoeléctrico: disminución del riesgo de lesión del nervio dentario.
- Tratamiento etiológico precoz: se trata la hipoplasia mandibular.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Experiencia inicial con la campana de vacío en el tratamiento del pectus excavatum.** Bragagnini P, Tirado M, Velázquez L, Antón L. *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.*

Objetivos. Evaluar la eficacia de la campana de vacío (CV) en la corrección del pectus excavatum (PE). Aportar nuestra experiencia con la introducción de este dispositivos como parte del tratamiento de PE.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de pacientes diagnosticados de PE y tratados con CV. Analizamos profundidad de PE al inicio y final del tratamiento, incluimos la medida de profundidad a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses, analizamos la morbilidad y la adherencia al tratamiento.

Resultados. Se incluyeron 8 pacientes, edad media de inicio 11,75 (6,92-20,62) años, 5 (62,5%) hombres. Profundidad media inicial 1,93 cm (0,9-3,5), tiempo medio máximo de uso 3,5 (2-6) h/diario. 87,5% (7/8) pacientes mejoraron, 12,5% (1/8) mala adherencia al tratamiento. La media de la última medida de profundidad 0,79 (0,0-1,6) cm en un tiempo medio de 22,13 (12-33) meses. Las profundidades medias a los 3,6,9,12,18,24 meses fueron de 1,03 (0,2-2,1) cm; 0,63 (0,0-1,4) cm; 0,58 (0,0-1,1) cm; 0,85 (0,2-2,0) cm; 0,81 (0,0-1,6) cm y 0,35 (0,0-1,0) cm, respectivamente. Solo 3 pacientes terminaron el tratamiento con un uso medio de CV de 20,68 (20-21) meses. Durante el seguimiento de estos pacientes, uno de ellos recayó después de 6 meses de seguimiento, requiriendo 3 meses más de terapia.

Conclusiones. El uso de la CV es un tratamiento factible para PE, los resultados iniciales son alentadores, pero hay necesidad de mayor estudio en el tiempo de uso, el tiempo de seguimiento y en los resultados a largo plazo.

(VÍdeo 3 minutos)

- **Tratamiento sustitutivo de relleno con ácido hialurónico subcutáneo en malformaciones torácicas.** Núñez B, Esteva C, Riba M, Brun N, Bardaji C. *Corporació Sanitaria i Universitaria Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).*

Objetivos. Dentro de las malformaciones de la pared anterior del tórax, destaca el pectus excavatum (PE) frente a otras displasias costosternales. Este tipo de malformaciones, en la mayoría de los afectados no produce alteraciones funcionales, pero sí es habitual la afectación psicológica. No estando indicada ninguna técnica quirúrgica agresiva, es oportuno disponer de procedimientos menores que permitan la nivelación del defecto. El uso de inyecciones de ácido hialurónico subcutáneo de origen no animal en cirugía estética es una técnica habitual y extendida.

Material y métodos. Presentamos una serie de 5 pacientes afectados de PE (3) y displasia costosternal (2) con una gran afectación psicológica, sin otra sintomatología (descartada tras estudio ecocardiográfico y pulmonar), donde hemos empleado ácido hialurónico subcutáneo de origen no animal para rellenar el hundimiento.

Resultados. El procedimiento se realizó bajo sedación y anestesia local, de manera ambulatoria, inyectando mediante trocar el producto, a demanda. El tiempo medio quirúrgico fue de 25 minutos y no hubo ninguna complicación. El tiempo medio de seguimiento ha sido de 5 años y el índice de satisfacción de los pacientes excelente. En el momento actual solo ha sido necesario reponer parte de lo implantado para mantener el resultado en uno de los pacientes.

Conclusiones. El relleno estético del defecto torácico con ácido hialurónico, dada la sencillez del procedimiento, sus casi nulas complicaciones y especialmente, el alto índice de satisfacción por parte de los pacientes operados, es una buena opción para evitar la cirugía en adolescentes sin afectación cardiorrespiratoria pero con una importante repercusión psicológica.

(Poster presentado 1 minuto)

UROLOGÍA I

25 de mayo de 2017, 17:00 horas

- **Riñón multiquístico: utilidad de la gammagrafía renal y seguridad del tratamiento conservador.** Rodríguez Caraballo L, Carazo Palacios ME, Couselo Jerez M, Serrano Durbá A, Pemartín Comella B, Sangüesa Nebot C, Estornell Moragues F, Domínguez Hinarejos C. *Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

Objetivos. Evaluar la necesidad de la realización de la gammagrafía renal en el diagnóstico del riñón multiquístico (RM) así como la seguridad del tratamiento conservador.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes con RM unilateral en nuestro centro desde enero de 2005 hasta agosto de 2015. Calculamos la sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo (VPP) de la ecografía en comparación con la gammagrafía y la anatomía patológica. Realizamos una curva de supervivencia según el método de Kaplan-Meier para evaluar la probabilidad de resolución espontánea del RM anualmente.

Resultados. Se han identificado 56 pacientes. 48 (85,7%) con diagnóstico prenatal. 38 (67,9%) fueron varones y en 33 (58,9%) el lado afecto fue el izquierdo. En 22 (39,29%) observamos anomalías urológicas asociadas, el reflujo vesicoureteral la más frecuente (8 (14,29%). 7 pacientes (12,5%) han desarrollado insuficiencia renal. 49 pacientes (87,5%) desarrollaron hipertrofia renal contralateral compensatoria. De los 33 pacientes que se intervinieron, el resultado de anatomía patológica confirmó el diagnóstico de RM en 32. En comparación con la gammagrafía, el VPP de la ecografía fue del 100% y del 97% al compararla con la anatomía patológica. La tasa de involución espontánea fue del 5,4% a los 3 meses de vida, del 11,3% a los 2 años y del 38,4% a los 5 años.

Conclusiones. El tratamiento conservador del RM, hasta al menos los 5 años de edad, es seguro en la población pediátrica. La realización de la gammagrafía renal no es imprescindible.

dible en estos pacientes, lo que supone una menor exposición a la radiación así como un ahorro económico.

(Oral 5 minutos)

- **Cistitis hemorrágica post-trasplante de progenitores hematopoyéticos: un reto para el urólogo pediátrico.** Gander R, Asensio M, Royo GF, Pérez M, López M. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. La cistitis hemorrágica (CH) post-trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) es una complicación potencialmente letal. Los objetivos de tratamiento son preservar la vida, conservar la vejiga y finalmente su funcionalidad. El objetivo de este trabajo fue describir nuestra experiencia en el tratamiento de la CH post-TPH.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes afectados de CH tratados en nuestro centro en el periodo entre enero 2010 y octubre 2016. Analizamos variables demográficas, patología de base y las diferentes opciones terapéuticas.

Resultados. Se trataron 39 pacientes con una media de edad de 9,4 años (DT: 4,20). El 64% eran varones. La leucemia aguda fue el diagnóstico más frecuente en 27 (69%). La media de tiempo desde el TPH al inicio de la CH fue 55,46 días (DT: 112,35). Los grados de CH fueron: I (3), II (21), III (8) y IV (7). La viuria por virus-BK estaba presente en 34 pacientes (87,2%). Se realizó tratamiento conservador en 28 (71,8%). Los restantes 11 (28,2%) requirieron intervención urológica, que consistió en irrigación vesical continua en todos. Los tratamientos adicionales fueron: cidofovir intravesical (3), ácido hialurónico intravesical (5), cistoscopia y evacuación de coágulos (4), angiembolización selectiva (2) y vesicostomía cutánea (1). Globalmente, 8 pacientes (20,5%) fueron *exitus* por progresión de su enfermedad de base (3 en el grupo de intervención urológica). La media de seguimiento fue de 36,2 meses (DT: 24,9).

Conclusiones. La CH es una patología que se asocia a una elevada morbimortalidad. El tratamiento debe ser individualizado y destinado a preservar la vida del paciente.

(Oral 5 minutos)

- **¿Es el abordaje mediante incisión única umbilical una buena alternativa a la técnica laparoscópica convencional en las nefrectomías?** Aneiros Castro B, Cabezalí Barbancho D, Tordable Ojeda C, Carrillo Arroyo I, Redondo Sedano J, Melero Guardia L, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. En la última década se ha propuesto que el abordaje mediante incisión única (SILS) umbilical es una alternativa factible para realizar nefrectomías laparoscópicas en pacientes pediátricos. Nuestro objetivo es comparar los resultados de las nefrectomías mediante multipuerto con aquellas a través de SILS.

Material y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo y comparativo de las nefrectomías laparoscópicas intervenidas en nuestro centro entre marzo del 2010 y noviembre del 2012. Se excluyeron aquellas cuya indicación quirúrgica fue una causa tumoral. El abordaje se seleccionó en función de las preferencias del cirujano. Un valor de p menor de 0,05 fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados. Realizamos 23 nefrectomías laparoscópicas, 13 mediante multipuerto (53,5%) y 10 a través de SILS (46,5%). La edad media de los pacientes fue de $3,29 \pm 3,5$ años. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los grupos en cuanto a la edad, el sexo, la indicación quirúrgica, el lado afecto y el tamaño del riñón extirpado. El tiempo quirúrgico medio del SILS fue de 120 minutos mientras que el del multipuerto fue de 132,73 minutos ($p = 0,33$). No se convirtió ningún caso a cirugía abierta. Hubo una complicación intraoperatoria leve en cada grupo ($p = 0,84$). En el postoperatorio no encontramos diferencias estadísticamente significativas en los grupos en relación a la estancia, el tratamiento analgésico y las complicaciones.

Conclusiones. La nefrectomía mediante SILS en pacientes pediátricos es una alternativa factible que proporciona buenos resultados en centros especializados. Sin embargo, comparaciones prospectivas son necesarias para verificar la superioridad de este abordaje.

(Oral 3 minutos)

- **Vesicostomía de botón en el recién nacido: alternativa a la vesicostomía clásica.** Martín-Crespo Izquierdo RM, Ramírez Velandia H, Carrera Guermeur N, Maruszewsky S, Luque Mialdea R. *Unidad Urología y Urodinámica Pediátrica. Servicio Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Toledo.*

Objetivos. La vesicostomía clásica tiene como objetivos en el recién nacido-lactante con obstrucción funcional/anatómica del tracto urinario inferior (TUI): conseguir un TUI de baja presión, drenaje efectivo del TUI y disminución de la infección/sepsis urinaria; pero no está exenta de complicaciones (prolapso/estenosis). El objetivo es describir la técnica quirúrgica de la vesicostomía-de-botón y sus resultados como alternativa a la vesicostomía clásica.

Material y métodos. Hemos realizado 13 vesicostomías-de-botón, en pacientes recién nacidos-lactantes; 12 neurológicamente normales y 1 vejiga neurógena. La distribución por edad-sexo: 14-60 días (mediana 20 días); 12 varones y 1 niña. La técnica quirúrgica de la-vesicostomía-de-botón difiere de la clásica en que no precisa movilización de la cúpula vesical, se realiza en la inserción del uraco y evita la fijación de la mucosa vesical a la piel, creando una fístula-vesíco-cutánea.

Resultados. La vesicostomía-de-botón ha sido eficaz y segura en el 96,4%. Ha facilitado la estabilidad vesical en el 100%, así como la realización de estudios urodinámicos están-

dar –por uretra– durante el evolutivo y como dato objetivo de indicación de desderivación urinaria. Favoreció la realización de cateterización vesical intermitente, previo al cierre de la vesicostomía, mediante la apertura-cierre del botón. Destacamos la ausencia de complicaciones. El cierre de la vesicostomía se realizó a una media de edad de 20 meses, concomitante con la reconstrucción del TUI, cuando fue necesaria.

Conclusiones. La vesicostomía de botón ha cambiado el pronóstico evolutivo de la vesicostomía clásica, siendo resolutive en la normalización de la alta presión del TUI, en ausencia de complicaciones y facilitando la realización de estudios urodinámicos; clave para la desderivación.

(Oral 3 minutos)

- **Pieloplastia desmembrada de Anderson-Hynes laparoscópica vs abierta en pacientes menores de 6 meses.** Soria Gondek A, Martín Sole O, Pérez-Bertólez S, García-Aparicio L. *Sección de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.*

Objetivos. El objetivo es comparar los resultados de la pieloplastia laparoscópica en los menores de 6 meses frente a la cirugía abierta.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de los pacientes menores de 6 meses intervenidos de pieloplastia desmembrada de Anderson-Hynes en nuestro centro en el período 2004-2016. Se clasificaron en grupo abierto (A) y laparoscópico (L). Se recopilaron datos demográficos, clínicos y quirúrgicos.

Resultados. 73 pacientes (60 niños) fueron incluidos. 70 presentaban estenosis pieloureteral y 3 vasos polares. La etiología no condicionó el abordaje quirúrgico ($p = 1$). 29 procedimientos fueron laparoscópicos, hubo una reconversión. No hubo diferencias significativas en ambos grupos en términos de edad, peso, sexo y lateralidad ($p = 0,90$, $p = 0,54$, $p = 0,91$, $p = 0,191$). La función renal diferencial era 47,4% (A) y 44,8% (L) ($p = 0,35$). El tiempo quirúrgico fue 126 minutos (A) y 145 (L) ($p = 0,017$). Los diámetros prequirúrgicos piélicos y caliciales fueron 29,5 mm y 9,5 mm (A) y 25,6 mm y 9,55 mm (L) ($p = 0,117$, $p = 0,957$). Los postquirúrgicos fueron 11 mm y 4,9 mm (A) y 8,7 mm y 2,5 mm (L) ($p = 0,43$, $p = 0,039$). La mejoría de la dilatación piélica y calicial fue similar en ambos grupos ($p = 0,61$, $p = 0,114$). Se detectaron 4 fugas urinarias: 2 en cada grupo ($p = 1$), de las cuáles 1 del grupo (L) requirió reintervención. La estancia media hospitalaria fue de 6,3 días (A) y 3,7 días (L) ($p < 0,001$). Hubo una recurrencia en (A).

Conclusiones. Partiendo de grupos de pacientes equivalentes, la pieloplastia laparoscópica frente a la técnica abierta ha demostrado una corrección de la dilatación pielocalicial similar, sin mayor número de complicaciones y sobre todo, menor estancia hospitalaria.

(Oral 5 minutos)

- **Uréter circumcavo. Serie de casos y revisión de la literatura.** Soria Gondek A¹, Pérez-Bertólez S¹, Alonso Arroyo V², García Merino F², Martín Solé O¹, García Aparicio L¹. ¹Sección de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. El uréter circumcavo o cava preureteral es una malformación congénita con una incidencia $> 1/1.000$ niños. Se estima que el 20% asocia otras malformaciones congénitas. El objetivo es presentar nuestra serie de casos y revisar la literatura relacionada.

Material y métodos. Estudio descriptivo multicéntrico. Revisión sistemática de la literatura relacionada con los términos “uréter retrocavo o circumcavo” y “cava preureteral”.

Resultados. Se han reunido 4 casos: 3/4 son niños, edad media 8,5 años (5-12). Antes de la cirugía 3/4 presentaban clínica de dolor cólico o insuficiencia renal. 2/4 asociaban displasia renal contralateral, uno de ellos ya nefrectomizado. Se realizaron 4 ureteroureterostomías: 2 laparoscópicas, 1 abierta y 1 vídeoasistida. El estudio histológico de los 4 segmentos ureterales retrocavos resecaados informó de hiperplasia fibromuscular e inflamación crónica. Tras un mínimo de 6 meses de seguimiento, están asintomáticos y con mejoría ecográfica de la hidronefrosis. Actualmente hay descritos aproximadamente 400 casos, 3 de ellos asociados a malformaciones congénitas del sistema genitourinario. Presentamos aquí dos casos más con displasia renal multiquistica contralateral. Se debe sospechar en caso de ureterohidronefrosis y estenosis ureteral con disposición en forma de S en la urografía. La tomografía o la resonancia confirman la sospecha. El tratamiento es quirúrgico si es sintomático u obstructivo. El abordaje laparoscópico es cada vez más utilizado.

Conclusiones. El uréter circumcavo es una patología rara cuyo conocimiento es clave para un buen manejo diagnóstico-quirúrgico. En caso de asociarse a agenesia o anulación funcional contralateral es fundamental el tratamiento precoz y el seguimiento a largo plazo para evitar el fallo renal.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Ureteroureterostomía transperitoneal laparoscópica en paciente monorreno con uréter circumcavo: un reto quirúrgico.** Soria Gondek A, Pérez-Bertólez S, Martín Sole O, García-Aparicio L. *Sección de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.*

Objetivos. El uréter circumcavo es una malformación congénita con una incidencia de 1/1.000-1.500 nacidos vivos. Actualmente solo hay 3 casos sintomáticos descritos asociados a otras malformaciones congénitas. Nuestro objetivo es presentar la ureteroureterostomía transperitoneal laparoscópica en un paciente monorreno con uréter circumcavo.

Material y métodos. Niño de 8 años, nefrectomizado por displasia renal multiquística izquierda que presentaba hidronefrosis derecha grado III (SFU) progresiva asintomática. Renograma con curva obstructiva. Cistouretrografía miccional seriada normal. Ante la sospecha de estenosis pieloureteral progresiva se indicó la pieloplastia laparoscópica.

Resultados. En decúbito lateral izquierdo se colocan 4 trócares: paraumbilical derecho de 5 mm, fosa ilíaca derecha, hipocondrio izquierdo y epigástrico de 3 mm. Neumoperitoneo a 13 mmHg y 3 ml/min de CO₂. Maniobra de Kocher extendida. Durante la disección de la pelvis y uréter proximal se evidencia el paso del uréter por la cara posterior de la vena cava inferior. Dilatación piélica y ureteral hasta el paso por detrás de la cava inferior. Se coloca punto tractor de la pelvis a pared abdominal. Disección de uréter retrocavo, sección ureteral proximal, resección de 1,5 cm de uréter retrocavo estenosado y transposición anterior a la cava. Se espatulan ambos extremos ureterales y se realiza ureteroureterostomía termino-terminal sobre catéter doble J. Redón aspirativo en lecho quirúrgico. Alta al cuarto día postoperatorio sin incidencias. Seguimiento de 3 meses sin complicaciones.

Conclusiones. El uréter circumcavo es una patología rara cuyo tratamiento supone un reto quirúrgico. En caso de malformaciones asociadas, el tratamiento quirúrgico precoz y el seguimiento estricto a largo plazo son fundamentales para prevenir el fallo renal.

(Video 3 minutos)

- **Tratamiento de duplicidad de vías urinarias completas con reflujo y ureterocele ectópico asociados mediante ureteropieloplastia robótica.** Llorens de Knecht E, Bujons Tur A, Villavicencio Mavrich H. *Fundació Puigvert. Barcelona.*

Objetivos. La duplicación ureteral ocurre en el 0,75% de la población siendo más común en mujeres. En casos excepcionales se presenta reflujo del hemisistema inferior y obstrucción del superior por ureterocele ectópico. La identificación y el tratamiento de esta asociación son muy complejas. Si ambos hemisistemas se encuentran funcionantes se puede plantear cirugía reconstructiva conservadora en ambos hemisistemas mediante anastomosis proximal o reimplante distal del hemisistema obstruido afecto.

Material y métodos. Niña de 4 años de edad con duplicidad ureteral bilateral afecta de reflujo de bajo grado en el hemisistema inferior y obstrucción por ureterocele ectópico en el superior. Ambos hemisistemas tenían función renal > 20% por lo que se realiza ureteropieloplastia proximal robótica con resección del uréter distal obstruido.

Resultados. Posterior a cateterización (JJ) de hemisistema inferior, se realiza abordaje laparoscópico asistido por Robot en decúbito lateral izquierdo. Se realiza ureteropieloplastia, movilizándolo el extremo proximal del catéter a la pelvis del hemisistema superior y posterior resección del uréter del in-

ferior. El tiempo quirúrgico total de 180 minutos, sangrado intraoperatorio menor a 50 cc y alta hospitalaria sin incidencias al tercer día post cirugía, con posterior retirada de catéter ureteral doble J. Actualmente la paciente se encuentra asintomática con función renal correcta.

Conclusiones. La duplicidad ureteral es una entidad infrecuente; generalmente involucra reflujo en el hemisistema inferior, sin embargo en casos excepcionales se puede asociar a obstrucción superior por ureterocele ectópico. Si la función de ambos hemisistemas es mayor a 20% el abordaje reconstructivo mediante ureteropieloplastia robótica es una opción válida y con buenos resultados funcionales.

(Video 3 minutos)

- **Heminefrectomía retroperitoneoscópica polar inferior en la edad pediátrica.** Martín-Crespo Izquierdo R¹, Ramírez Velandia H¹, Carrera Guermur N¹, Maruszewsky S¹, Calvo Azabarte P², Luque Mialdea R¹. ¹Unidad Urología Pediátrica. Servicio Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. ²Radiología Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.

Objetivos. La nefrectomía parcial en riñón duplicado sigue siendo un reto quirúrgico por el mayor riesgo de hemorragia, fístula urinaria, daño ureteral y compromiso vascular del hemiriñón (HR) funcionante. El objetivo es describir los detalles técnicos de la heminefrectomía polar inferior por retroperitoneoscopia en la edad pediátrica.

Material y métodos. Presentamos un paciente de 6 años de edad con anulación funcional del HR inferior derecho secundaria a reflujo vesicoureteral, siendo normal la función renal del HR superior. La uro-resonancia detecta un único vaso renal derecho sin identificar vasos polares. Técnica: abordaje retroperitoneoscópico mediante tres puertos de entrada, presión del retroneumoperitoneo 11 mmHg. Colocación cistoscópica de catéter doble-J en uréter del HR superior sano. Identificación-liberación del hilio renal y del tronco arterial derecho. Demarcación del plano entre ambos HR y sección intraparenquimatosa con dispositivo hemostático (DH), que acorta la disección del parénquima atrofico y facilita la localización de las ramas de la arteria y vena del HR inferior que quedan unidas al tejido escindido, junto al uréter inferior. Ligadura-sección de vasos del HR inferior con DH. Disección-sección del uréter inferior lo más distal posible. Drenaje Jackson-Pratt en lecho y cierre de puertos.

Resultados. Duración de la cirugía 120 min. Ausencia de complicaciones intra y postoperatorias. Estancia hospitalaria 48 horas. El control ecográfico con Doppler renal postoperatorio fue normal, sin detectar urinoma. La gammagrafía renal postoperatoria confirma la estabilidad funcional de HR superior (30%).

Conclusiones. En nuestro paciente el abordaje retroperitoneoscópico ha facilitado el reconocimiento de anatomía vascular del sistema duplicado y la delimitación del plano

entre ambos HR, así como la preservación vascular funcional del HR superior, que no siempre es posible en cirugía convencional.

(Video 3 minutos)

- **Complicaciones postquirúrgicas según la vía de abordaje en la estenosis pieloureteral.** Tordable Ojeda C, Cabezalí Barbancho D, Carrillo Arroyo I, Aneiros Castro B, Redondo Sedano J, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. La pieloplastia abierta como técnica de corrección quirúrgica de la estenosis de la unión pieloureteral (EPU) está estandarizada y protocolizada pero no está exenta de complicaciones. El asentamiento de la laparoscopia para la reparación de la EPU nos plantea si mejora el porcentaje de complicaciones de anteriores abordajes o por el contrario si aumentan o aparecen nuevas complicaciones asociadas a la técnica.

Material y métodos. Estudiamos de manera retrospectiva a 153 pacientes intervenidos en nuestro centro mediante pieloplastia (2010-2016) por vía abierta (VA) (92) o laparoscópica (LP) (61) analizando las complicaciones, precoces (que aparecen la primera semana postcirugía) y tardías (más de 7 días postquirúrgicos)

Resultados. 41 pacientes presentaron algún tipo de complicación (26,7%): 23 por VA (25,2%) y 18 por LP (29%). De los operados por VA presentaron 17 complicaciones precoces (18,4%): 16 infecciones del tracto urinario (ITU) y 1 hematoma y 6 tardías (4,3%): 4 reestenosis y 2 anulaciones renales. En los intervenidos por LP las complicaciones precoces fueron 16 (26%): 9 ITUS, 3 urinomas, 3 migraciones de catéter y una herniación de epiplón. Las complicaciones tardías por LP fueron dos casos de reestenosis (3,2%) El 90% de las complicaciones precoces de LP aparecieron en los primeros 20 pacientes.

Conclusiones. La vía de abordaje no aumenta el número de complicaciones, salvo la inevitable aparición de aquellas que son intrínsecas a la propia técnica y que pueden ser mejoradas a medida que se supera la curva de aprendizaje.

(Oral 5 minutos)

- **La retroperitoneoscopia como técnica diagnóstica y terapéutica en urología pediátrica.** Alonso Arroyo V¹, Cabarcas Maciá L¹, Pérez Bertólez S², Moya Jiménez MJ¹, Valladares Mendias JC¹, Gracia Merino F¹. ¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.

Objetivos. Las indicaciones de retroperitoneoscopia incluyen desde cirugía ablativa clásica renal y adrenal hasta cirugía reconstructiva avanzada. De elección en procesos renales benignos e interesante en malformaciones del tracto urinario inferior. El objetivo es presentar nuestra experiencia en los últimos 17 años.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes de 0 a 15 años a los que se les realizó nefrectomía retroperitoneoscópica total o parcial entre los años 2000 y 2017. Empleo de 3 puertos: 1 de 10 mm y 2 de 5 mm. Sonda vesical y drenaje perirrenal en todos los casos. Seguimiento postoperatorio ecográfico ± flujometría ± uroTAC.

Resultados. Retroperitoneoscopias realizadas: 15. Edad media 7,2 años (2-15 años). Hombres: 4/15. Heminefrectomías: 1. Nefrectomías totales: 14. Indicaciones: doble sistema excretor con anulación funcional de pielón superior (1/15), displasia por reflujo vesicoureteral (3/15), displasia multiquistica (6/15), displasia multiquistica + reflujo vesicoureteral (1/15), insuficiencia renal secundaria a vejiga neurogénica (1/15), incontinencia urinaria con goteo intermiccional continuo (uréter ectópico en vagina) (3/15). El tiempo quirúrgico medio: 150 min (45-360 min). Una conversión por dificultades técnicas. Resolución de los casos de incontinencia. Media de estancia postoperatoria: 2,8 días (1-6 días). No complicaciones postoperatorias salvo ITU en 2 pacientes.

Conclusiones. La retroperitoneoscopia pediátrica es segura en procedimientos renales benignos, reduciendo la morbilidad asociada al abordaje transperitoneal. Supone una técnica eficaz diagnóstica y terapéutica en el goteo intermiccional continuo por ectopia ureteral de riñón atrófico que no se identifica por otros métodos. Nuestro índice de conversión y tasa de complicaciones es igual o inferior al de otras series publicadas.

(Poster presentado 1 minuto)

- **¿Existe diferencia en la evolución postoperatoria de la estenosis pieloureteral según la edad?** González Ruiz Y¹, Bragagnini Rodríguez P², Siles Hinojosa A¹, Álvarez García N¹, Delgado Alvira R¹, Rihuete Heras MA¹, Gracia Romero J¹. ¹Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ²Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Comparar la evolución postquirúrgica en pacientes mayores y menores de 12 meses intervenidos de estenosis pieloureteral (EPU).

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 77 pacientes, 78 unidades renales, intervenidos de EPU (2007-2014). Analizamos variables epidemiológicas, clínicas, ecográficas y de renogramas pre y postoperatorios, resultados y complicaciones. Dividimos los pacientes en 2 grupos según la edad: Grupo A ≤ 12 meses y grupo B > 12 meses, comparando los resultados mediante análisis estadísticos (p < 0,05 estadísticamente significativo).

Resultados. Grupo A: 38 pacientes, 26 varones (68,4%), una EPU bilateral y 22 derechas (57,9%), 36 diagnósticos prenatales (92,3%) y edad media de intervención 5,28 meses [rango 0,24-11,28]. Realizamos 9 minilumbotomías, 29 asistidas por retroperitoneoscopia (ARP) y 1 dilatación neumática (DN). Grupo B: 39 pacientes, 26 varones (66,7%),

10 derechas (25,64%), 19 diagnósticos prenatales (48,7%) y edad media 6,13 años [rango 1,13-14,52]. 15 minilumbotomías, 20 ARP, 3 laparoscópicas y 1 DN. Función renal media (FRM) preoperatoria del grupo A: $35,9 \pm 13,4$ [rango 8-57] vs. $39,74 \pm 13,91$ [rango 9-57] grupo B ($p = 0,347$). FRM postoperatoria $43,29 \pm 18,2$ [rango 12-100] grupo A y $39,41 \pm 12,89$ [rango 11-54] grupo B ($p = 0,464$). Grupos A y B: 11 y 8 complicaciones, respectivamente ($p = 0,429$). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la media del diámetro anteroposterior (DAP) de pelvis preoperatoria entre grupos ($p = 0,313$). Comparamos los DAP a los 3, 6, 12, 24 y 48 meses postoperatorios, observando una reducción mayor del DAP del grupo A frente al B, sin embargo, solo encontramos diferencias estadísticamente significativas en el DAP a los 3 meses postoperatorios ($p = 0,047$).

Conclusiones. El DAP de la pelvis renal se reduce postoperatoriamente más en los pacientes menores de 1 año, sin embargo, esta reducción no se correlaciona con la FR.

(Oral 3 minutos)

- **Heminefrectomías pediátricas: comparación del abordaje abierto y laparoscópico.** Etxart Lopetegi E, Larreina De La Fuente L, Villalón Ferrero F, Fernández Ibieta M, González Temprano N, Ramos García JL, Urbistondo Gallarraga A, Chocarro Amatriáin G. *Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.*

Objetivos. El abordaje tradicional para la realización de las heminefrectomías ha sido la lumbotomía. Con la implementación de la laparoscopia, se está extendiendo a indicaciones cada vez más complejas. El objetivo de nuestra revisión ha sido comparar ambos abordajes.

Material y métodos. Se han revisado retrospectivamente todos los pacientes sometidos a heminefrectomía desde el año 2004 hasta 2016 en nuestro centro. Los siguientes parámetros han sido analizados: edad a la intervención, abordaje, estancia media hospitalaria y complicaciones.

Resultados. Nuestra serie incluye un total de 36 pacientes: 22 mediante abordaje abierto (grupo 1) y 14 mediante abordaje laparoscópico (grupo 2). La edad media de intervención fue de $1,54 \pm 1,66$ (0,15-6) años en el grupo 1 y $2,54 \pm 2,45$ (0,4-10) años en el grupo 2. La estancia media hospitalaria fue de 3,64 (DS 1,18) días en el grupo 1 y 4,29 (DS 2,52) días en el grupo 2 ($p = 0,3026$). Se identificaron dos complicaciones en el grupo 2: un urinoma en aumento secundario a fístula que requirió drenaje y colocación de doble "J" y una hernia incisional por un puerto de 5 mm. No hubo complicaciones en el grupo 1.

Conclusiones. La laparoscopia es un abordaje factible para la realización de heminefrectomías en edad pediátrica; si bien es verdad que es un procedimiento complejo que exige un alto grado de destreza técnica. Son escasas las complicaciones en nuestra serie; por ello creemos que el abordaje mínimamente invasivo es un procedimiento seguro y reproducible.

(Oral 5 minutos)

- **Meatotomía ureteral asociada a vesicostomía: una nueva opción quirúrgica de derivación urinaria en el megauréter obstructivo primario.** Alonso Arroyo V¹, Pérez Bertólez S², Barrero Candau R¹, Maestre MV¹, García Merino F¹. ¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.

Objetivos. El megauréter obstructivo primario (MOP) es la dilatación ureteral congénita en ausencia de reflujo vesicoureteral (RVU). Incidencia: 0,36/1.000 nacidos vivos. Proponemos una nueva derivación urinaria para casos graves: asociación de meatotomía ureteral uni o bilateral a la vesicostomía clásica.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 9 pacientes con MOP (3 bilaterales, 1 monorroño derecho y 5 unilaterales izquierdos), función renal diferencial $< 40\%$, y dilatación pieloureteral de alto grado. Variables medidas en estado inicial, tras la meatotomía asociada a vesicostomía (V+M) y tras el cierre de dicha vesicostomía asociado al reimplante ureteral tipo Cohen: ITUs, creatinina plasmática (Crpl), aclaramiento de creatinina (AcCr), diámetro piélico y diámetro ureteral. Análisis T Student.

Resultados. Número de ITUs después de V+M superior al número de ITUs previas ($p > 0,05$). Disminución del diámetro pélvico y ureteral tras M+V estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Disminución de Crpl tras M+V y tras el cierre de la vesicostomía asociado a reimplante ureteral ($p > 0,05$). Aumento de AcCr tras V+M y posterior al cierre de la vesicostomía asociado al reimplante ureteral tipo Cohen ($p > 0,05$).

Conclusiones. La M+V es un procedimiento seguro, fácil de realizar, que permite la mejora de la función renal. Proporciona una recuperación morfológica, evita la desfuncionalización vesical y facilita la acomodación de los uréteres contribuyendo al éxito del reimplante definitivo. La asociación de vesicostomía disminuye el riesgo de RVU e ITUs; estas últimas se producen en un sistema a baja presión y es excepcional que sean el origen de una pielonefritis, a diferencia de otro tipo de derivaciones urinarias.

(Oral 5 minutos)

- **Evolución urológica de los pacientes con cierre prenatal del mielomeningocele.** Santiago S, Royo GF, Gander R, Molino JA, Asensio M, López M. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. El cierre prenatal del mielomeningocele (MM) parece mejorar la movilidad de las extremidades inferiores y disminuir la necesidad de derivación ventrículo-peritoneal. No obstante, los beneficios sobre la función vesical están en entredicho.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 17 pacientes a los que se les realizó un cierre intraútero del MM (5 abiertos versus 12 fetoscópicos) del 2011 hasta el 2015. Se

analizaron los datos clínicos, radiológicos y urodinámicos, así como su evolución y tratamiento.

Resultados. Todos los defectos fueron lumbo-sacros. Un 58,8% de los pacientes requirieron algún tipo de cirugía sobre el defecto en período postnatal, no se obtuvieron diferencias estadísticas en la evolución urológica. La primera urodinamia se realizó a la edad media de 10,93 meses (SD: 6,9). Los patrones urodinámicos (PU) fueron: vejiga hiperactiva (10), vejiga inexistente (4), normalidad (2) no valorable (1). Un 35% de los pacientes presentaron infecciones de orina de repetición. El 76,5% presentaron ecografías sin hallazgos patológicos en el momento de indicar cateterismo intermitente (CI), a pesar de tener PU alterados. Actualmente, el 64% de los pacientes están con CI y tratamiento anticolinérgico. La edad media de inicio de CI fue de 21,2 meses (SD: 11,4). El seguimiento medio fue de 34,76 meses (SD: 16,61). En un período de seguimiento de 4 años, dos pacientes con defecto sacro realizan micciones espontáneas sin presentar infecciones.

Conclusiones. Nuestra serie no demuestra una mejoría en la función vesical. Con frecuencia, el primer signo fue la infección de orina. Estos pacientes precisan precozmente un seguimiento urodinámico, no únicamente ecográfico.

(Oral 5 minutos)

UROLOGÍA II

25 de mayo de 2017, 18:30 horas

- **Estudio clínico randomizado entre el uso del copolímero de ácido hialurónico/dextranómero (Dx/HA) y del copolímero poliacrilato/polialcohol (PPC) en el tratamiento endoscópico del reflujo vesicoureteral (RVU) primario grados III, IV y V en la edad pediátrica. Resultados preliminares a corto plazo.** García-Aparicio L¹, Blázquez Gómez E², Martín Solé O¹, Vila Santandreu A³, Vila-Cots J³, Codina E³, Calzada Y³, Pérez-Bertólez S¹. ¹Sección de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. ²Servicio de Anestesiología. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. ³Sección de Nefrología Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.

Objetivos. Comparar la eficacia entre el tratamiento endoscópico con Dx/HA y con PPC del RVU primario grados III, IV, V en la edad pediátrica. Presentamos los resultados de los pacientes que han terminado todas las fases del estudio.

Material y métodos. La muestra la componen todos aquellos pacientes afectados de RVU primarios grados III, IV y V que precisan corrección quirúrgica. Los pacientes se randomizaron en dos grupos (Dx/HA y PPC) hasta conseguir 30 uréteres reflucentes (UR) con grado III, IV o V en cada uno de los ellos. A los 6 meses del tratamiento se realizó una ecocistografía, si persistía el RVU se realizó un

último tratamiento endoscópico. Si tras dos tratamientos endoscópicos el RVU no se resolvía se realizó un implante ureteral.

Resultados. Desde noviembre de 2014 a noviembre de 2016 se han reclutado 44 pacientes; 33 (UR: 49) de los cuales han acabado todas las fases del estudio. Los grados de RVU fueron III: 21 UR, IV: 14 UR y V: 14 UR. Veinticinco UR fueron tratadas con Dx/HA, curándose 19 (76%). Veinticuatro UR fueron tratadas con PPC, curándose 21 (87,5%). No existieron diferencias significativas en la tasa de resolución. El porcentaje de éxito con un solo tratamiento fue del 60% con Dx/HA y del 75% con PPC, ($p > 0,05$) El volumen de material inyectado para curar el RVU fue significativamente menor con PPC.

Conclusiones. El PPC es tan eficaz como el Dx/HA en el tratamiento del RVU III, IV y V. Se necesitan estudios a más largo plazo para evaluar la eficacia.

(Oral 5 minutos)

- **Mejora realmente el pronóstico de la vejiga neuropática con el tratamiento precoz?** Burgos Lucena L¹, López Pereira P², Martínez Urrutia MJ², Rivas Vila S², Lobato Romera R². ¹Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Actualmente no hay consenso respecto al momento idóneo para iniciar el CI y la terapia anticolinérgica en pacientes con VN. Nuestro objetivo es analizar la influencia del inicio precoz del tratamiento conservador en la función renal y vesical a largo plazo.

Material y métodos. Estudio retrospectivo que analiza la serie de pacientes con VN (1995-2005) dividiéndolos en dos grupos: grupo 1, aquellos que iniciaron el tratamiento conservador en el primer año de vida y grupo 2, los pacientes que lo iniciaron entre el primer y el quinto año. Se recogió información sobre: fecha de inicio del tratamiento, reflujo (RVU) y/o hidronefrosis (UHN), función renal, infecciones (ITU), cicatrices renales, funcionamiento vesical, cirugía y continencia urinaria.

Resultados. Se incluyeron 61 pacientes, 25 en el grupo 1 y 36 en el 2. Inicialmente el RVU y la hiperactividad vesical fueron más frecuentes en el grupo 2. En el grupo 1, un paciente con hiperactividad vesical pasó a vejiga de baja acomodación y en el grupo 2, una vejiga normal y 4 vejigas hiperactivas cambiaron. Al final del seguimiento había 11 pacientes con vejiga de baja acomodación en el grupo 1 y 17 en el grupo 2. Sin embargo, en el grupo 1, solo 2 pacientes precisaron ampliación vesical (AV), mientras en el grupo 2, 12 pacientes la necesitaron. Al final del seguimiento solo 2 pacientes del grupo 2 tenían insuficiencia renal moderada.

Conclusiones. Los pacientes del grupo 1 tienen mejor pronóstico a largo plazo considerando ITUs, cicatrices renales y menor necesidad de AV en vejigas de baja acomodación.

(Oral 3 minutos)

- **Medicina basada en la evidencia: ¿mejora realmente nuestra práctica clínica diaria en el tratamiento del RVU primario en el niño?** Álvarez García N, Delgado Alvira R, González Ruiz Y, Fernández Atuán R, Siles Hinojosa A, Rihuete Heras MA, Justa Roldán Ma, Gracia Romero J. *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivos. Analizar en qué modo se ha modificado la actitud terapéutica en un hospital de tercer nivel tras la implementación de la Guía Clínica para el tratamiento del RVU primario en niños.

Material y métodos. Estudio retrospectivo sobre una cohorte de pacientes con RVU primario (1989-2014), entre 0-15 años, en un hospital terciario, realizándose un análisis de la conducta terapéutica comparando los pacientes tratados antes y después de la aparición de la Guía Clínica (2008).

Resultados. 297 pacientes (49,8% niños, 50,2% niñas), edad media al diagnóstico 21,71 meses, diagnosticados de RVU (45,1% RVU I-III, 54,9% RVU IV-V), 124 fueron tratados tras la implementación de la guía clínica (Grupo 1), 173 con anterioridad (Grupo 2). El periodo medio de seguimiento ha sido de 124,32 meses. El tratamiento conservador fue la terapia de inicio en el 70,3% de los pacientes (Grupo 1) y el 67,9% (Grupo 2). El número de cirugías se mantuvo constante (31,45% vs 31,79%), con un incremento en el número de procedimientos endoscópicos ($p < 0,005$). El perfil de paciente se ha modificado a raíz de la aplicación del algoritmo propuesto por dicha guía. Se ha objetivado un número menor de intervenciones en pacientes con RVU IV-V (82,32% vs 59,9%, $p = 0,000$) y daño renal al diagnóstico (49,4% vs 9,8%, $p = 0,000$).

Conclusiones. La aplicación de la Guía Clínica ha favorecido una conducta conservadora inicial en pacientes con RVU de alto grado y nefropatía, en los que tradicionalmente se indicaba la cirugía desde el inicio. La utilización de las guías clínicas favorece una conducta unánime basada en la evidencia, disminuyendo los procedimientos invasivos innecesarios.
(Oral 3 minutos)

- **¿Es necesario realizar una gammagrafía renal en todos los pacientes con reflujo vesicoureteral?** Vicario la Torre FJ, Soria Gondek A, Pérez Bertólez S, García Aparicio L, Martín Solé O. *Sección Urología Pediátrica. Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.*

Objetivos. La gammagrafía renal se utiliza para estudiar la afectación renal de los pacientes con reflujo vesicoureteral (RVU), pero es invasiva y requiere irradiación. El objetivo de este estudio es analizar si la ecografía permite predecir la función renal relativa medida con DMSA (FRR-DMSA).

Material y métodos. Revisión de todos los pacientes con RVU controlados en nuestra unidad entre 2008 y 2016. Se

registraron las siguientes variables: sexo, grado de reflujo, lateralidad, comorbilidades, volumen renal ecográfico (medido como volumen elipsoidal), volumen renal relativo ecográfico (VRR-ECO) y FRR-DMSA. Se excluyeron los pacientes con reflujo bilateral o comorbilidades. Se compararon VRR-ECO y FRR-DMSA, estudiando su correlación y la capacidad del VRR-ECO para predecir la FRR-DMSA.

Resultados. Se revisaron 387 pacientes. 82 tenían un RVU primario unilateral sin comorbilidades: 41 varones y 41 mujeres, con 46 reflujo izquierdos y 36 derechos; 39 de bajo grado (I-III) y 43 de alto grado (IV-V). El VRR-ECO se correlacionó fuertemente con la FRR-DMSA ($p < 0,001$), siguiendo la función lineal: $FRR = 0,966 * VRR - 0,338$. El VRR-ECO sobreestimó la FRR-DMSA solo en un 4,4% ($p < 0,001$). Un VRR-ECO $< 40\%$ permitió predecir una FRR-DMSA $< 40\%$ con una sensibilidad del 94% y una especificidad del 89%, con un área bajo la curva ROC de 0,958 (0,918-0,998, $p < 0,001$).

Conclusiones. En los pacientes con RVU primario unilateral, el VRR-ECO es un buen predictor de la FRR-DMSA, con un alto coeficiente de correlación y una alta sensibilidad y especificidad. En este grupo de pacientes un VRR-ECO patológico podría ser suficiente para predecir la FRR-DMSA, permitiendo reservar la gammagrafía para casos dudosos.

(Oral 5 minutos)

- **Reconstrucción en dos tiempos del hipospadias proximal: experiencia a largo plazo.** Montero García J, Ortega Escudero M, Ruiz Hierro C, Hernández Díaz C, Chamorro Juárez R, González Herrero M, Gutiérrez Dueñas JM. *Hospital Universitario de Burgos.*

Objetivos. El tratamiento quirúrgico del hipospadias proximal continúa siendo un reto. A pesar de que la reconstrucción en un tiempo es la estrategia más atractiva, la reconstrucción por etapas parece más segura en el hipospadias proximal con incurvación severa y transposición peno-escrotal. Presentamos nuestra experiencia en la reconstrucción en dos tiempos del hipospadias proximal mediante colgajo prepucial vascularizado.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de los pacientes con hipospadias proximal en los que se decidió realizar reconstrucción en dos tiempos entre 2000 y 2016. En el primer tiempo (1T) se realizó ortoplastia y transposición ventral de colgajo prepucial vascularizado; en el segundo tiempo (2T) uretroplastia de Thiersch-Duplay.

Resultados. Se incluyeron un total de 18 pacientes con una media de seguimiento de 8 años. La mediana de edad en el 1T fue de 20 meses y el tiempo medio hasta el 2T fueron 11 meses. Durante el 1T, en 3 pacientes (17%) fue necesaria la plicatura dorsal de los cuerpos cavernosos; 6 (33%) precisaron corrección de la transposición peno-escrotal. La tasa de complicaciones fue del 22% (4 pacientes), siendo la fístula la complicación más frecuente (3 pacientes) seguida de la dehiscencia de uretroplastia (2 pacientes) y del divertículo uretral

(1 caso). El número de pacientes que requirió re-intervención fue de 3 (17%) con un tiempo medio de 17 meses desde el 2T hasta la cirugía por complicación.

Conclusiones. Creemos que el tratamiento quirúrgico del hipospadias proximal en dos tiempos es una alternativa eficaz y segura, que ofrece un buen resultado funcional con una baja tasa de complicaciones.

(Oral 3 minutos)

- **Análisis de la incidencia de los distintos patrones de disfunción vesical en nuestra consulta de Urología.** Míguez Fortes L, Curros Mata N, Casal Beloy I, García González M, Dargallo Cabonell T, Somoza Argibay I. *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

Objetivos. La incontinencia urinaria por Disfunción del Tracto Urinario Inferior (DTUI) no neurogénica constituye el motivo de consulta más frecuente en Urología Pediátrica. Del correcto diagnóstico y la categorización de cada paciente en su patrón de DTUI va depender el éxito de su manejo.

Material y métodos. Revisamos los pacientes remitidos a la Unidad de Urodinámica por DTUI durante 3 años (2012-2015). Revisamos datos epidemiológicos, pruebas, tratamientos y los clasificamos según su patrón de DTUI. Analizamos la incidencia de cada patrón y las diferencias su manejo.

Resultados. Recogemos 234 pacientes. Descartando los pacientes con enuresis monosintomática y las pérdidas durante el seguimiento estudiamos 96 pacientes. La edad media fue 7,9; siendo el 53,1% niños y el 46,9% niñas. El síntoma (75%) y motivo de consulta (65%) más frecuente fueron pérdidas urinarias diurnas (75%). El 35,4% asociaban disfunción vesico-intestinal (estreñimiento 35,4% y/o pérdidas fecales 12,5%). El patrón más frecuente fue la vejiga hiperactiva (56,4%), seguida de: vejiga hipoactiva (21,9%), micción no coordinada (6,3%), síndrome de micción micción frecuente (6,3%), incontinencia de la risa (5,2%) y goteo posmiccional (2,1%). El 51% presentan hábito posponedor. El 41,7% se resolvió con uroterapia. El 52,1% precisó anticolinérgico y el 11,4% biofeedback.

Conclusiones. La DTUI es un trastorno común que puede ser infravalorado y, aunque el pronóstico es favorable, pueden ocurrir complicaciones serias y repercusiones psicosociales. El conocimiento de los distintos patrones de disfunción ha permitido un avance en el tratamiento haciéndolo cada vez más conductual y preventivo.

(Oral 3 minutos)

- **Meatotomía más injerto de mucosa para el tratamiento de meatoestenosis tras cirugía del hipospadias.** Rojas-Ticona J¹, Zambudio Carmona G¹, Guirao Piñera MJ¹, Villamil V¹, Sánchez-Sánchez Á¹, Giménez-Aleixandre MC¹, Mansilla-Eguía KC², Hernández Bermejo JP¹. ¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa, Perú.

Objetivos. Presentar nuestra experiencia y resultados en el tratamiento quirúrgico de la meatoestenosis en pacientes intervenidos de hipospadias utilizando meatotomía más injerto de mucosa.

Material y métodos. Estudio descriptivo y observacional. Se identificó en nuestro registro propio de pacientes intervenidos de hipospadias a los que presentaron meatoestenosis y fueron tratados quirúrgicamente mediante meatotomías dorsales más injertos libres de mucosa sublingual o prepucial. Realizamos análisis estadístico descriptivo y comparaciones entre valores flujométricos previos y posteriores a la intervención (SPSSv22).

Resultados. De los 895 pacientes intervenidos de hipospadias en nuestro registro, 26 fueron tratados por meatoestenosis utilizando meatotomía con injerto libre de mucosa. La clínica predominante de meatoestenosis fue la presencia de un chorro fino en trece pacientes (50%). La estenosis se objetivó al calibrar un meato inferior a 8Fr en 15 pacientes (57,7%) y por uroflujometría alterada. La meatotomía se realizó a una edad media de 7 años (3-13 años). En 14 se utilizó mucosa sublingual y en 12 mucosa prepucial. El valor medio de flujo máximo previo a la intervención fue de 4,3 ml/s con mejoría significativa a 15,2 ml/s posterior a la intervención ($p = 0,0002$). Tres pacientes con injerto sublingual tenían antecedente de injerto prepucial fallido. No se presentó ninguna complicación del área donante en los casos de mucosa sublingual.

Conclusiones. La meatotomía dorsal con injerto de mucosa es una opción quirúrgica adecuada en el tratamiento de las meatoestenosis en hipospadias intervenidos. En nuestra experiencia el uso de injertos de mucosa sublingual es una técnica útil con bajo riesgo de complicaciones y bien tolerada.

(Oral 5 minutos)

- **Disfunciones vesicales en pacientes con malformaciones anorrectales.** Aneiros Castro B, Cabezalí Barbancho D, García Vázquez A, Morante Valverde R, Tordable Ojeda C, Cano Novillo I, Carrillo Arroyo I, Redondo Sedano J, Melero Guardia L, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Las malformaciones anorrectales (MAR) constituyen un espectro de defectos congénitos que se asocian frecuentemente anomalías genitourinarias y disrafismos espinales. Nuestro objetivo es analizar las disfunciones vesicales en estos pacientes.

Material y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes con MAR entre febrero de 1993 y junio de 2016 estudiando la función vesical con la clínica y la urodinamia.

Resultados. De los 127 pacientes estudiados, 17 presentaron disfunciones vesicales (13,3%): 9 con alteraciones durante la fase de llenado (52,9%), 6 durante la fase de vaciado (35,2%) y 2 en ambas fases (11,7%). Se observó incontinencia urinaria en 7 casos (41,1%). A 11 pacientes (64,7%) se les indicó cateterismo limpio intermitente (CLI) Entre los

pacientes con disfunción vesical, encontramos 8 mujeres (2 fístulas vestibulares, 2 cloacas, 1 cloaca posterior, 2 extrofias de cloaca cubiertas, 1 extrofia de cloaca) y 9 varones (1 sin fístula, 1 fístula perineal, 3 fístulas rectoprostáticas, 4 fístulas rectovesicales). El índice sacro (IS) fue menor a 0,4 en un 64,7% de los pacientes con disfunción vesical y en un 71,4% de los incontinentes urinarios. En los pacientes con estudios medulares (n = 10), se hallaron disrafismos en un 80% de los casos. Doce pacientes presentaron incontinencia fecal, siendo el índice sacro (IS) medio de éstos 0,23; mientras que en los continentes fecales (n = 5) fue de 0,57.

Conclusiones. La disfunción vesical es un problema que puede estar asociado a los pacientes con MAR complejas, principalmente en aquellos con un IS menor de 0,4 o con disrafismos espinales.

(Oral 3 minutos)

- **Manejo endoscópico del quiste del utrículo prostático (QUP) en niños. Una alternativa a considerar.** De Lucio Rodríguez M, Souto Romero H, Rodríguez de Alarcón G Jorge, Rico Espiñeira C, Guillén Redondo P, Espinoza Vega M, Riñón Pastor CC, Arteaga García R. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos. Presentar el manejo endoscópico de los QUP, como una alternativa real en la edad pediátrica.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos endoscópicamente de QUP en un hospital pediátrico entre 2007 y 2015. Se registraron datos demográficos, clínicos y evolutivos de cada paciente.

Resultados. Se incluyeron 8 pacientes con genotipo 46XY con una mediana de edad de 6 años [3-18]. Dos asociaban hipospadias proximal y 3 criptorquidia. El síntoma más frecuente fue la infección urinaria de repetición (6/8), seguida de disuria (4/8), sondaje dificultoso o imposible (4/8) y patrón obstructivo en la uroflujometría (3/8). El diagnóstico preoperatorio fue definitivo en 7/8 pacientes: se realizó ecografía en todos los pacientes y cistouretrografía miccional seriada (CUMS) en 6/8. En todos los pacientes se realizó una ablación endoscópica de la entrada del utrículo y destechamiento del mismo previniendo la estasis de orina. El procedimiento fue repetido en 1/8 paciente. No se registraron complicaciones intraoperatorias, la mediana de hospitalización fue 2 [0-4] días y todos los pacientes refirieron desaparición de los síntomas con una media de seguimiento de 29,8 meses [7-83].

Conclusiones. 1) En nuestra experiencia, el tratamiento endoscópico del QUP, es una opción efectiva y segura en pacientes sintomáticos seleccionados: QUP con longitud inferior a 2 cm y entrada estrecha. 2) Sus excelentes resultados, minimizando los riesgos perioperatorios y reduciendo la estancia hospitalaria, hacen de ella una alternativa real en niños. 3) Esta técnica no limita el futuro diagnóstico y opciones terapéuticas en caso de fracaso o malignización (riesgo < 3% descrito en la edad adulta).

(Video 3 minutos)

- **¿Presentan un mayor número de complicaciones las apendicitis de localización subhepática intervenidas mediante laparoscopia?** Aneiros Castro, B; Cano Novillo, I; García Vázquez, A; Yuste García, P; Ferrero Herrero, E; Gómez Fraile, A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. La localización subhepática del apéndice es la menos frecuente, lo que ocasiona dificultades técnicas en caso de intervención quirúrgica. El objetivo de nuestro estudio es comparar los resultados de las apendicectomías laparoscópicas en función de la posición apendicular.

Material y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo de 1.736 apendicectomías laparoscópicas realizadas en nuestro centro en un período de 14 años (enero 2000–diciembre 2013). Comparamos dos grupos: apendicitis subhepáticas (n = 56) y no subhepáticas (n = 1.680). Un valor de p menor a 0,05 fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las variables demográficas de ambos grupos. Más de la mitad de las apendicitis subhepáticas fueron gangrenosas (44,6%) o perforadas (16,1%) mientras que la mayor parte de las no subhepáticas fueron flemososas (57%). La ligadura extracorpórea del apéndice fue la técnica más empleada, tanto en las subhepáticas como en las no subhepáticas (69,6% y 89,8%, respectivamente). La localización subhepática presentó, de manera estadísticamente significativa, un mayor número de dificultades técnicas (1,6%), drenajes abdominales (18,6%), tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria. Sin embargo, las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias fueron similares en los dos grupos.

Conclusiones. Las apendicectomías laparoscópicas subhepáticas son seguras y no conllevan un mayor número de complicaciones. Sin embargo, la técnica quirúrgica es más compleja dado que se trata de una localización infrecuente y que la incidencia de apendicitis complicadas es mayor.

(Oral 3 minutos)

- **Cierre de los shunts porto-sistémicos congénitos (SPSC) mediante radiología intervencionista en niños.** Triana Junco P, Ponce MD, Dore Reyes M, Andrés Moreno A, Martínez Martínez L, Gámez Arance M, Hernández Oliveros F, López Santamaría M. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. El cierre de los shunts porto-sistémicos congénitos (SPSC) se recomienda por sus potenciales complicaciones a largo plazo. El objetivo es evaluar el tratamiento mediante radiología intervencionista de los SPSC en la infancia y su impacto en la función hepática.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de pacientes con SPSC cerrados mediante radiología intervencionista. Se recogieron variables incluyendo tipo de SPSC, amonio, plaquetas, actividad de protrombina, transaminasas, bilirrubina, cierre y complicaciones.

Resultados. Se evaluaron once pacientes (7 hombres) con SPSC extrahepático (6) e intrahepático (5). La cardiopatía congénita fue la asociación más frecuente (72%) junto con el síndrome de Down (18%). Tres refirieron olor a pescado, aunque solo se diagnosticó trimetilaminuria en uno. La indicación para el cierre fueron los síntomas (27,3%) y la hiperamonemia (72,7%). Todos fueron tratados mediante cateterización, test de oclusión con balón, angiografía retrógrada simultánea y cierre completo del *shunt* a una edad media de 12,9 años. Dos (18%) sufrieron migración del dispositivo a la arteria pulmonar, resuelto posteriormente. Tras 6 meses los niveles de amonio disminuyeron significativamente ($p = 0,043$). La actividad de protrombina aumentó al mes, a los 6 meses y al año ($p < 0,05$). No hubo diferencia en plaquetas, transaminasas ni bilirrubina. Los cuatro pacientes con el seguimiento más largo presentaron aumento no significativo de los niveles de amonio al año del cierre. El olor a pescado ha desaparecido en los 3 pacientes.

Conclusiones. El cierre mediante radiología intervencionista de los SPSC consigue disminuir el amonio y aumentar la actividad de protrombina precozmente. El seguimiento a largo plazo demostrará si este efecto es transitorio.

(Oral 5 minutos)

- **Litiasis biliar en la adolescencia y la edad adulta: ¿Lo estamos haciendo bien durante la infancia?** Álvarez García N, Corona Bellotas C, Delgado Alvira R, González Ruiz Y, Siles Hinojosa A, Fernández Atuán R, Ruiz de Temiño M, Elías Pollina J. *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivos. La colelitiasis es una entidad creciente en población pediátrica. Nuestro objetivo es determinar las características demográficas y clínicas de la litiasis biliar infantil y analizar la evolución durante la adolescencia y edad adulta en función del tratamiento recibido durante la infancia.

Material y métodos. Estudio retrospectivo en pacientes pediátricos diagnosticados de colelitiasis (1980-2014) en un centro de referencia. Se recogen características demográficas, clínica, factores de riesgo, enfermedades concomitantes, antecedentes familiares, ecografías, tratamientos recibidos y curso clínico.

Resultados. 79 pacientes (33 niñas, 46 niños) fueron diagnosticados de colelitiasis, edad media 6,9 años (0,4-14), el 48,10% ($n = 38$) incidentalmente. El 51,89% presentó sintomatología, la más frecuente el dolor abdominal (56%). En 36 se mantuvo actitud expectante, 11 tratados con Ursochol®, se practicaron 23 colecistectomías y 11 colecistolitotomías. Durante un seguimiento medio de 17,26 años (1-39), el 83,3%

de los pacientes en observación permanecen asintomáticos, el 11% son sintomáticos, el 5,55% han sido colecistectomizados por colelitiasis complicada, sin diferencias significativas en el número de litiasis, sexo o clínica en la infancia ($p > 0,05$). El 45% de los tratados con Ursochol requirieron cirugía por fracaso del tratamiento. El 100% de los pacientes colecistolitotomizados o colecistectomizados evolucionaron favorablemente.

Conclusiones. La colelitiasis infantil es una entidad en aumento, cuyas indicaciones terapéuticas no son homogéneas. La observación en asintomáticos o paucisintomáticos es una estrategia factible pero supone un riesgo cercano al 20% de sintomatología en la vida adulta. La colecistectomía laparoscópica continúa siendo el tratamiento de elección en casos de colelitiasis complicada o patología litógena, si bien la colecistolitotomía supone una alternativa eficaz y segura.

(Oral 3 minutos)

- **Colecistolitotomía: modificaciones técnicas tras 35 años de experiencia.** Sánchez-Sánchez Á, Aranda García MJ, Ruiz-Pruneda R, Villamil V, Sánchez Morote JM, Rojas-Ticona J, Giménez-Aleixandre MC, Hernández Bermejo JP. *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Objetivos. La colecistolitotomía o apertura de vesícula biliar para extracción de litiasis es una alternativa a la colecistectomía laparoscópica en pacientes pediátricos seleccionados. Presentamos las modificaciones técnicas y los resultados de nuestra serie en los últimos 35 años.

Material y métodos. Desde hace 35 años realizamos colecistolitotomía en pacientes con 1-2 cálculos biliares, sin patología litógena y vía biliar normal. Inicialmente la extracción de los cálculos se realizaba mediante palpación manual y extracción con pinza, posteriormente se empleó el nefroscopio. Desde 2010 utilizamos la pinza óptica de broncoscopia para extracción de la litiasis.

Resultados. Desde 1982 y mediante mini incisión subcostal hemos realizado colecistolitotomía en 28 pacientes. La edad media fue de 7,7 años y el tiempo de seguimiento medio de 4 años. 7 pacientes han sido intervenidos utilizando la pinza óptica con una edad media de 9,7 años y 1,7 años de seguimiento. Solo en 2 pacientes se realizó colecistectomía laparoscópica por reaparición de litiasis en controles ecográficos (tasa de recidiva del 7%).

Conclusiones. La colecistolitotomía es una técnica a tener en cuenta en el tratamiento de aquellos pacientes pediátricos con litiasis única, sin enfermedades hematológicas ni otros factores litógenos. Con buena cosmesis, es segura, reproducible y tiene baja tasa de recidiva. El uso de la pinza óptica de broncoscopia facilita la extracción de la litiasis y aumenta la seguridad de la técnica.

(Oral 3 minutos)

- **Hidrosálpinx bilateral en pacientes intervenidas de enfermedad de Hirschsprung. ¿Consecuencia o la misma entidad?** Palazón Bellver P, Saura García L, de Haro Jorge I, Martín Solé O, Tarrado Castellarnau X, Julià Masip V. *Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.*

Introducción. La enfermedad de Hirschsprung (EH) es infrecuente en niñas. No existen estudios de seguimiento obstétrico y ginecológico. El hidrosálpinx bilateral es poco común en adolescentes sexualmente no activas, provocando dolor e infertilidad. Se atribuye a una alteración intrínseca tubárica o a cirugía pélvica previa.

Objetivos:

- Describir la relación entre EH e hidrosálpinx y cómo afecta al deseo concepcional.
- Establecer si el tipo de cirugía de la EH favorece el hidrosálpinx.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de las niñas intervenidas de EH entre 1980-2015, incluyendo solo las que alcanzaron la menarquia. Se dividen en dos grupos según abordaje quirúrgico: abdominoperineal (A) y transanal (T). Se compara la frecuencia de hidrosálpinx y el tiempo libre de hidrosálpinx entre los grupos. Analizamos el tratamiento del hidrosálpinx y el deseo concepcional.

Resultados. 27 niñas intervenidas de EH. 17 con menarquia. Grupo A: 13 (9 Duhamel con colostomía, 3 Soave con colostomía, 1 Rehbein con colostomía). Grupo T: 4 (De la Torre). 5 niñas del grupo A (38,5%) presentaron hidrosálpinx bilateral; ninguna en el grupo T ($p = 0,261$). No hubo diferencias entre el tiempo libre de hidrosálpinx entre los grupos ($p = 0,344$). Tratamiento del hidrosálpinx: 2 salpingectomías bilaterales, 1 salpingectomía unilateral + Essure contralateral, 1 punción-evacuación por piosálpinx y observación en otro caso. 3/5 presentan deseo concepcional: 1 tiene descendencia (observación) y 2 en programa FIV (salpingectomía bilateral).

Conclusiones. Existe cierta asociación entre EH e hidrosálpinx. Hay aún pocos casos para decir si el tipo de abordaje predispone al hidrosálpinx. Las pacientes con EH deben seguirse en ginecología por riesgo de infertilidad.

(Oral 3 minutos)

- **Análisis de las comorbilidades y papel de la laparoscopia en el dolor abdominal recurrente.** Alonso Arroyo V, Molina Mata M, Cadaval Gallardo C, Moya Jiménez MJ, Granero Cendón R, Morcillo Azcárate J. *Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. El dolor abdominal recurrente (DAR) supone > 3 episodios de dolor abdominal acompañados de afectación de la actividad diaria, durante > 3 meses. Nuestro objetivo es analizar el papel de la laparoscopia como técnica diagnóstica y/o terapéutica en estos pacientes.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo desde 2004 hasta 2016. Se incluyeron pacientes < 14 años con

DAR sin causa objetivable tras completo estudio digestivo, a los que se les practicó laparoscopia. Variables: edad, sexo, antecedentes, hallazgos quirúrgicos, histología y evolución.

Resultados. Se incluyeron 55 pacientes. Media de edad: 10,7 años. Mujeres 63, 6%. Probabilidad de comorbilidad alérgica: 27,27% [16,138-40,962] (I.C 95%). Probabilidad de comorbilidad posterior psicológica: 12,72% [5,27-24,48] (I.C 95%). Hallazgos histológicos patológicos 35/55 (63, 6%): hiperplasia nodular linfoide 10/35, inflamación apendicular 8/35, fecalito 3/35, tumor carcinoide 1/35, fibrosis apendicular 2/35, divertículo de Meckel 1/35, asociación de varios de los anteriores 8/35. Alteraciones macroscópicas 31/ 55 (56,36%): patología apendicular 10/31, bridas 5/31, adenopatías 2/31, ileítis 2/31, quistes tubáricos 1/31, divertículo de Meckel 1/31, asociación de varios de los anteriores 10/31. Mejoría completa: 30/ 55 (54,54%). En algunos casos con mejoría parcial (4/55) o persistencia de síntomas (21/55) se demostró posteriormente otra causa orgánica y/o patología psicológica (16/25).

Conclusiones. El dolor abdominal recurrente parece presentar una asociación significativa con antecedentes alérgicos o psicológicos en la población general pediátrica. La laparoscopia exploradora supone una técnica diagnóstica y terapéutica, importante para filiar o descartar la organicidad en los DAR, tras los estudios menos agresivos.

(Oral 5 minutos)

- **El fracaso intestinal en la enfermedad de Hirschsprung: resultados a largo plazo.** Dore Reyes M, Triana Junco P, Sánchez Galán A, Prieto Bozano G, Ramos Boluda E, Jiménez Gómez J, Núñez Cerezo V, Andrés Moreno A, Hernández Oliveros F, Martínez Martínez L, López Santamaría M. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. La enfermedad de Hirschsprung (EH) puede desencadenar fracaso intestinal (FI) secundario a la afectación del intestino delgado (ID) o a complicaciones quirúrgicas. Describimos los resultados del tratamiento de pacientes con FI secundario a EH tratados en una unidad de rehabilitación intestinal (URI).

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de EH y FI referidos a la URI desde 1995.

Resultados. De los 240 pacientes con FI, 17 tenían EH. La mediana de edad a la primera valoración fue de 6 meses (0,16-192). Todos eran dependientes de nutrición parenteral (NP). Nueve tenían alteraciones genéticas (8 RET y 1 ZEB2), de los que 7 asociaban aganglionosis de ID. Cada paciente precisó una mediana de 6 laparotomías (1-11) de las que un 33% se realizaron antes del diagnóstico de EH. El ID remanente fue 50 cm (0-150). La causa del FI fue aganglionosis extensa del ID en 12, y secundaria a resección intestinal amplia en 5. Ocho fueron valorados para trasplante intestinal: 2 fallecieron en lista de espera, 2 continúan en ella, 3 recibieron un injerto multivisceral (actualmente vivos y sin NP),

y en el restante se contraindicó por encefalopatía grave. La supervivencia global es del 82% tras un seguimiento mediano de 27 meses (1-204).

Conclusiones. La EH extensa o complicada es una causa frecuente de FI. La identificación precoz de los pacientes con EH y posibilidad de FI debe motivar su traslado a una URI. Una combinación óptima de NP, tratamiento quirúrgico y trasplante intestinal, ha mejorado la supervivencia a largo plazo. (Oral 5 minutos)

- **Utilidad de la escala Clavien-Dindo para la estandarización de las complicaciones de la apendicectomía.** Kuan Argüello ME, Deltell Colomer P, Alcaraz Jiménez P, Albertos Mira-Marcelí N, González Piñera J. *Hospital General Universitario de Alicante*.

Objetivos. Es necesario utilizar una escala para estandarizar las complicaciones postoperatorias en la cirugía pediátrica. La escala Clavien-Dindo para complicaciones postoperatorias es un sistema validado mundialmente y aplicado en distintos campos de la cirugía de adultos. Esta escala realiza una gradación de morbilidad de las complicaciones postoperatorias según la intervención realizada. Nuestro objetivo es analizar las complicaciones de la apendicectomía abierta y laparoscópica utilizando la escala Clavien-Dindo.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de niños menores de 15 años intervenidos de apendicitis aguda durante enero 2015 a diciembre 2016. Se realizó análisis por estadificación de hallazgos intraoperatorios (flemosa, gangrenosa, complicada).

Resultados. Se incluyeron 262 niños, con una edad media de 8,85 años (DE 3,25). En 134 se realizó apendicetomía laparoscópica y en 128 abiertas. El 50,4% de las apendicitis fueron flemosas, el 27,1% gangrenosas y el 22,5% complicadas. Las complicaciones más frecuentes fueron las de Grado I 21,7% (57/262), el grado II 7,6%, Grado IIIA 9,9% y Grado III B 3,8%. Las complicaciones de mayor grado fueron más frecuentes en las apendicitis complicadas, grado IIIA 18/59 y IIIB 9/59. No hubo complicaciones grado IV y V.

Conclusiones. La escala de Clavien-Dindo es útil para estandarizar las complicaciones postoperatorias debido a que determina de forma práctica el grado de morbilidad. Recomendamos utilizar esta escala en la cirugía pediátrica para valorar homogénea y objetivamente resultados postoperatorios.

(Oral 5 minutos)

- **Minimización de costes en las apendicitis gangrenosas.** Kuan Argüello ME, Deltell Colomer P, Alcaraz Jiménez P, Bordallo Vásquez MF, Encinas Goenoechea A, Martínez Castaño I, Albertos Mira-Marcelí N, Gallego Mellado N, González Piñera J. *Hospital General Universitario de Alicante*.

Objetivos. En la apendicitis gangrenosa una pauta corta de antibióticos basada en parámetros clínicos y analíticos contribuye a disminuir de forma segura la estancia intrahospitalaria, con el beneficio añadido de reducir los costes hospitalarios sin incrementar las complicaciones. Nuestro objetivo es comprobar la reducción de costes al utilizar una pauta corta de antibióticos postoperatorios con alta precoz en la apendicitis gangrenosa.

Material y métodos. Análisis de minimización de costes entre dos grupos de niños menores de 15 años intervenidos de apendicitis gangrenosa. El Grupo A prospectivo (junio-diciembre 2016): pauta corta de antibióticos con alta precoz. El Grupo B: pauta clásica de 5 días de antibióticos postoperatorios utilizada hasta mayo 2016. Se han analizado costes directos de estancia hospitalaria, tratamiento farmacológico y complicaciones.

Resultados. Ambos grupos con 24 pacientes comparables entre sí, sin diferencias en la frecuencia de complicaciones. En el grupo A la pauta corta de antibióticos tuvo un coste medio de €11,45 (DE 5,67) por ingreso, y en el grupo B de €26,15 (DE 7,18) ($p = 0,001$). El coste medio por estancia hospitalaria fue en el Grupo A de €1787,70 (DE 664,72) y en el grupo B de €2837,97 (DE 558,67) ($p = 0,001$). El grupo A presentó una estancia media de 3,33 (DE 1,23) días y el grupo B 5,29 (DE 1,04) días, lo que conlleva una reducción del coste medio de estancia hospitalaria de 1050,27€ por ingreso ($p = 0,001$).

Conclusiones. Una pauta corta de antibióticos postoperatorios es segura y en nuestra experiencia contribuye a disminuir los costes directos del ingreso hospitalario, además de aportar beneficios sociales.

(Oral 3 minutos)

- **Factores predictivos de absceso intraabdominal postapendicectomía gangrenada. Un estudio caso-control.** Serradilla Rodríguez J, Bueno Jiménez A, Martínez Martínez L, de la Torre Ramos C, Domínguez Amillo E, Sánchez Galán A, Nava Hurtado de Saracho FB, Álvarez Barrial M, López Santamaría M. *Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz, Madrid*.

Objetivos. La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica más frecuente en niños. En numerosas ocasiones el postoperatorio puede complicarse con un absceso intraabdominal que requerirá un tratamiento más largo y costoso. Nuestro objetivo es conocer si es posible predecir dicha complicación al inicio del cuadro clínico.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de casos y controles tratados entre 2011 y 2016 y pareados según características del paciente (edad, sexo y peso), cuadro clínico (síntomas, tiempo de evolución, exploración física) y tipo de apendicitis (gangrenada). La variable de agrupación fue la aparición de un absceso intraabdominal en el postoperatorio (casos). Se realizó análisis uni y multivariante, con un nivel de significación estadística $p < 0,05$.

Resultados. Se incluyeron 54 casos y 108 controles. La aparición de absceso intraabdominal se asoció significativamente con la hiponatremia preoperatoria ($p < 0,001$), la PCR elevada ($p < 0,05$), la perforación del apéndice ($p < 0,001$) y la infección de la herida quirúrgica ($p < 0,001$). El análisis multivariante descartó el valor de la PCR como predictor de absceso pero demostró asociación en las otras tres variables citadas. No se encontró asociación con la presencia de peritonitis generalizada en la intervención o el tipo de abordaje quirúrgico.

Conclusiones. La perforación del apéndice, la infección de la herida quirúrgica y la hiponatremia al diagnóstico son factores predictores de la aparición de un absceso intraabdominal postoperatorio después de una apendicitis aguda gangrenada. Creemos que la identificación precoz favorecería la prevención secundaria de esta complicación y la disminución de su morbilidad.

(Oral 5 minutos)

- **Descripción de complicaciones quirúrgicas y postoperatorias en gastrostomías percutáneas endoscópicas y gastrostomías percutáneas endoscópicas asociadas a una funduplicatura laparoscópica tipo Nissen en población pediátrica.** Leganés Villanueva C, Gine Prades C, Molino Gahete JA, Laín Fernández A, García Martínez L, Aguilera Pujabet M, Güizzo JR, Lara Valtueña A, López Paredes MG. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. Analizar la incidencia de complicaciones en la realización de gastrostomías percutáneas endoscópicas aisladas (PEG) o asociadas a las funduplicaturas laparoscópicas (LAPEG) en población pediátrica.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de las complicaciones quirúrgicas y postoperatorias de la PEG y de LAPEG entre 2010 y 2016. El análisis de resultados atiende a la etiología de base y al peso del paciente (superior o inferior a 5 kg). Se recogen complicaciones mayores intraoperatorias y durante el postoperatorio. Se consideraron significativos valores de p por debajo de 0,05.

Resultados. Se colocaron un total de 90 gastrostomías (77 PEG y 13 LAPEG con Nissen asociado) con una edad media de 3,4 años (4,8 DS) y 5,3 años (5 DS), y una media de peso de 10,1 kg (8,1 DS) y 11,8kg (5,7 DS), respectivamente (p -valor $> 0,05$). La indicación principal fue la desnutrición. Se registraron 5 grupos etiológicos (47% neuropatías como indicación primaria, 14% cardiopatías, 15% neumatías, 6,8% nefropatías y 17,1% trastornos deglutorios). El porcentaje de complicaciones fue de 10,1% (11,8% en la PEG 0% en LAPEG, con p -valor $> 0,05$), siendo todas postoperatorias (3 avulsiones, 4 *buried bumper syndrome*, 1 peritonitis y 1 neumoperitoneo) salvo un sangrado de la arteria gástrica derecha intraoperatorio. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de técnica ajustado por peso ni por etiología (p -valor mayor de 0,05).

Conclusiones. La realización de una PEG aislada o asociada a una funduplicatura laparoscópica presenta un elevado número de complicaciones sin estar estas relacionadas con la patología de base o el peso del paciente.

(Oral 3 minutos)

- **Tratamiento de la acalasia esofágica mediante dilatación con balón neumático en la edad pediátrica.** Rico Espiñeira C, De Mingo Misena L, Souto Romero H, Espinoza Vega M, De Lucio Rodríguez M, Guillén Redondo P. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos. Describir nuestra experiencia en el manejo de la acalasia mediante balón de dilatación y su eficacia.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 11 pacientes con acalasia esofágica entre los años 1997-2016 (edad media 11,7 años). En este periodo 9 pacientes fueron tratados mediante dilatación endoscópica con balón neumático como primera opción terapéutica. El procedimiento incluye la realización de endoscopia digestiva alta para evaluar el esfínter esofágico inferior, seguida de la dilatación con balón de presión de 30-35 mm. EL seguimiento se realizó evaluando conjuntamente los síntomas del paciente, el esofagograma baritado y, ocasionalmente, la manometría esofagogástrica.

Resultados. Se realizaron un total de 22 procedimientos, con media de 2,4 por paciente (rango 1-4). No hubo complicaciones intraoperatorias, no se evidenció perforación ni sagrado relevante post dilatación. La estancia hospitalaria media fue de 1,5 días. Un paciente precisó un ingreso prolongado por fiebre. El tiempo medio de seguimiento fue de 4,6 años (rango 1-10 años). Todos los pacientes mostraron alivio sintomático a las 6 semanas post dilatación, con mejoría del aclaramiento esofágico en el esofagograma. La media de duración del alivio sintomático y por tanto de la frecuencia entre dilataciones fue de $11,3 \pm 4,8$ meses (rango 5-120). Solo un paciente precisó miotomía de Heller por breve periodo asintomático.

Conclusiones. La dilatación con balón neumático es una opción segura y eficaz para el tratamiento de la acalasia esofágica en los niños. Es un procedimiento mínimamente invasivo alternativo a la cirugía convencional con buenos resultados y que no limita la opción a futuros tratamientos más invasivos.

(Oral 3 minutos)

- **Coledocolitiasis sintomática del lactante: otra opción de tratamiento.** Solaeche Prieto N, Tuduri Limousin I, Blanco Bruned JL, Álvarez Martínez L, Valdivieso Castro M, Ruiz Aja E, Medrano Méndez L, Galbarriatu Gutiérrez A, Oliver Llinares F. *Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo.*

Objetivos. Presentación de dos casos de coledocolitiasis sintomática en lactantes tratados mediante esfinterotomía laparotómica.

Material y métodos. Niña de 10 meses portadora de anemia drepanocítica homocigótica, que debuta con cuadro de ictericia mucocutánea generalizada, dolor abdominal, vómitos y coluria. Presenta patrón analítico de colestasis y hallazgos ecográficos de coledocolitiasis con dilatación de vía biliar intra y extrahepática y colelitiasis múltiple. Varón de 80 días de vida con antecedente de cirugía cardíaca, presenta cuadro de vómitos, acolia y colestasis con importante dilatación de vía biliar extrahepática por concreción biliar en su desembocadura. En ambos casos y tras el fracaso del tratamiento médico se constató la necesidad de alternativas terapéuticas invasivas, dada la sintomatología y los hallazgos radiológicos. Desestimada la posibilidad de realizar CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) por el Servicio de Digestivo, se indicó laparotomía, objetivando gran dilatación de vía biliar extrahepática. Tras identificar cálculo en vía biliar distal mediante colangiografía intraoperatoria, se realizó duodenotomía con dilatación del esfínter de Oddi, apreciando salida de microlitiasis. Posteriormente se comprobó paso adecuado de contraste. En el paciente hematológico se realizó a su vez colescistectomía.

Resultados. Ambos pacientes evolucionaron de forma satisfactoria, con normalización analítica y ecográfica en el postoperatorio inmediato

Conclusiones. La coledocolitiasis es una entidad rara en edad pediátrica, de graves consecuencias si no es tratada. La CPRE, siendo la opción ideal, no está disponible en la mayoría de nuestros centros para pacientes de tan corta edad. Queremos destacar la necesidad de conocer la opción terapéutica tradicional, dada la dificultad para el traslado de este tipo de pacientes.

- **Factores de riesgo asociados al desarrollo de enterocolitis en la enfermedad de Hirschsprung.** Romo Muñoz MI, Martínez de Aragón A, Núñez Cerezo V, Udaondo C, Sellers M, Barrena Delfa S, De Ceano M, Martínez Martínez L, López Santamaría M. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. La enterocolitis (EC) asociada a la enfermedad de Hirschsprung (EdH) es una entidad de etiopatogenia desconocida y potencialmente mortal. Nuestro objetivo es identificar los factores implicados en el desarrollo de EC en una cohorte de pacientes con EdH tratados en nuestro centro.

Material y métodos. Se revisaron los pacientes tratados por EdH en el periodo 2000-2016. Se incluyeron 94 pacientes, recogiendo de las historias clínicas variables demográficas y todas las relacionadas con la enfermedad. Se realizó un estudio de riesgo uni y multivariado usando como variable dependiente la existencia de un cuadro de enterocolitis. Los resultados se presentan con riesgo relativo (RR) con su intervalo de confianza al 95%.

Resultados. De los 94 pacientes estudiados, 27 (28,7%) sufrieron algún episodio de EC. Ninguno falleció por esta

causa. La afectación intestinal extensa, la necesidad de una ostomía de descarga en el proceso diagnóstico, la cirugía abierta y el diagnóstico anterior a los 7,2 meses de vida se asociaron en el análisis univariante a un mayor riesgo de desarrollar EC. En el multivariante, tan solo el diagnóstico precoz y la cirugía abierta quedaron como variables asociadas al riesgo de EC.

Conclusiones. La EC sigue siendo una complicación habitual en la EdH, especialmente en las formas más largas y complejas. La identificación de los factores que la favorecen permitiría un mayor control, una mejor prevención secundaria ante el comienzo de los síntomas y un tratamiento más precoz, lo que lograría disminuir su morbilidad.

(Oral 3 minutos)

- **Reintervenciones por fallo de funduplicatura antirreflujo laparoscópica: técnica quirúrgica y calidad de vida.** Carrillo Arroyo I, Cano Novillo I, López Díaz M, Redondo Sedano J, García Vázquez A, Aneiros Castro B, Benavent Gordo MI, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. La cirugía del reflujo gastroesofágico se realiza en un gran número de casos en pacientes con patología asociada que interfiere en su calidad de vida. Una de las complicaciones de la cirugía es la recidiva o fallo de la válvula antirreflujo y necesidad de reintervención.

Material y métodos. Desde 1994 al 2015, intervenimos a 470 pacientes con reflujo gastroesofágico, en todos los casos se realizó una técnica de Nissen por vía laparoscópica. Analizamos aquellos que requirieron reintervención por fallo de la válvula inicial, estudiamos patología asociada, síntomas después de la primera cirugía, intervalos entre cirugías, hallazgos quirúrgicos y dificultad en la reintervención. Realizamos encuesta sobre calidad de vida telefónicamente, utilizando el test GIQLI.

Resultados. Fue necesario reintervenir a 10 pacientes, lo cual representa un 2,1% del total de la serie. Nueve pacientes tenían algún tipo de patología asociada. Ocho presentaban malformaciones congénitas, siete diferentes tipos de patología respiratoria y seis problemas neurológicos. El intervalo entre la primera y la segunda cirugía ha sido muy variable, así como la aparición de los síntomas de reflujo, oscilando entre siete meses y siete años. En la mayoría de las ocasiones el hallazgo fundamental en la reintervención fue la presencia de una hernia parahiatal con apertura de la válvula antirreflujo. En todos los casos se realizó nuevamente una técnica de Nissen. La evolución en todos los casos fue satisfactoria. Los valores en el GIQLI no alcanzan valores de normalidad absoluta.

Conclusiones. La reintervención por vía laparoscópica, aunque técnicamente más compleja, es realizable y aporta mejoría en la calidad de vida.

(Oral 3 minutos)

- **Complicaciones en el tratamiento conservador del traumatismo esplénico.** Rodríguez Iglesias P, Rodríguez Caraballo L, Ibáñez Pradas V, Carazo Palacios ME, Vila Carbó JJ. *Hospital Universitari i Politènic la Fe. Valencia.*

Objetivos. *Objetivo principal:* estudiar la frecuencia, evolución y tratamiento de complicaciones del tratamiento conservador del traumatismo esplénico. *Objetivos secundarios:* estudiar posibles factores predictivos de estas complicaciones y valorar el tiempo de cicatrización esplénica.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con traumatismo esplénico (2010-2016). Estudio descriptivo del mecanismo de producción, grado de lesión (según la clasificación American Association Surgery Trauma), complicaciones, tratamiento de las mismas y el tiempo hasta la cicatrización. Los factores predictivos de complicación (edad, grado de lesión) se estudiaron mediante regresión de Cox

Resultados. Se estudiaron 28 pacientes, 21 varones (75%). La mediana de edad fue 8,35 años. Los mecanismos de lesión más frecuentes fueron: contusión directa en 10 pacientes (35,7%) y caída en bicicleta en 7 pacientes (25%). Nueve pacientes presentaron traumatismo grado IV (32,1%), 9 pacientes (32,1%) grado III, 5 pacientes (17,9%) grado II y 5 pacientes (17,9%) grado I. Siete pacientes (25%) presentaron complicaciones: tres fístulas arteriovenosas, dos pseudoaneurismas y dos hemorragias; todas ellas diagnosticadas mediante eco-Doppler. Un paciente precisó esplenectomía. En dos pacientes se realizó una embolización selectiva. La mediana de tiempo para el diagnóstico de las complicaciones fue de 4,5 días y para la cicatrización completa del bazo fue de 70,5 días. La edad y el grado de lesión no resultaron estadísticamente significativos para predecir la aparición de complicaciones (p-valor > 0,05).

Conclusiones. Es posible el manejo conservador en ciertos pacientes. Las complicaciones se produjeron antes de la primera semana y no se relacionaron ni con el sexo ni con el grado del traumatismo.

(Oral 3 minutos)

- **Tratamiento de las hernias crurales en los pacientes pediátricos mediante cirugía mínimamente invasiva.** Aneiros Castro B, Cano Novillo I, Melero Guardia L, García Vázquez A, Carrillo Arroyo I, Redondo Sedano J, Tejedor Sánchez R, López Díaz M, Benavent Gordo MI, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Las hernias crurales en los pacientes pediátricos son infrecuentes y pueden suponer un problema diagnóstico y terapéutico para los cirujanos. El objetivo de este

estudio es describir nuestra experiencia en el abordaje laparoscópico de esta patología y sus ventajas frente a la técnica convencional.

Material y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo de 630 hernias inguinales intervenidas mediante cirugía mínimamente invasiva en nuestro servicio en un período de 14 años, desde enero del 2000 hasta diciembre del 2015.

Resultados. De los 687 pacientes, 16 presentaron hernias crurales (2,3%), de los cuales 7 fueron varones y 9 mujeres. La edad media preoperatoria fue de 9 años. Hallamos 9 hernias crurales derechas, 5 izquierdas y 2 bilaterales. En un 31% de los casos (n = 5) se realizó un diagnóstico inicial de hernia inguinal indirecta por lo que estos pacientes fueron intervenidos mediante cirugía abierta previamente. Ante la sospecha de recidiva se reintervinieron mediante abordaje laparoscópico, confirmándose el diagnóstico erróneo. No hubo complicaciones intraoperatorias. En el postoperatorio tardío, un paciente presentó una recidiva que fue reintervenida nuevamente mediante laparoscopia.

Conclusiones. La cirugía laparoscópica es una técnica segura y eficaz en el tratamiento de las hernias crurales. Dado que este abordaje ofrece un diagnóstico de certeza y permite el tratamiento simultáneo de varios defectos, consideramos que debe ser el tratamiento de elección de esta patología para evitar errores diagnósticos e intervenciones innecesarias.

(Oral 3 minutos)

- **Abdomen agudo pediátrico: no siempre es apendicitis.** Simal Badiola I, García Saavedra S, Prada Arias M, Gómez Veiras J, Fernández Eire P, Montero Sánchez M. *Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo, Pontevedra.*

Objetivos. La torsión ovárica es causa rara de abdomen agudo en niñas y su clínica semeja la de otros procesos más frecuentes. Últimamente la detorsión se ha impuesto sobre la ooforectomía, debido a su alto porcentaje de recuperación ovárica con escasas complicaciones.

Material y métodos. Niña de 8 años, antecedente prenatal de quiste ovárico izquierdo resuelto espontáneamente y ausencia de visualización de ovario izquierdo en las ecografías postnatales, que consulta por dolor abdominal de 48 horas de evolución, febrícula, vómitos, irritación peritoneal y leucocitosis. Con sospecha de apendicitis se indicó laparotomía, encontrándose hemoperitoneo y torsión anexial derecha (ovario necrótico 10 cm). A pesar del aspecto del ovario, se realizó detorsión manual. Aparición de fiebre (10º día postoperatorio) solicitándose ecografía que detectó un absceso intrabdominal, por lo que se instauró antibioterapia. Debido a la falta de respuesta, se decidió reintervención (15º día postoperatorio), hallándose abscesificación central del ovario con mejoría significativa de la perfusión del casquete ovárico y trompa. Se reconvirtió a laparoscopia para realizar drenaje y exploración, observándose una estructura compatible con restos anexiales izquierdos autoamputados e implantados en pared abdominal.

Resultados. Evolución favorable, observándose en ecografía a los 6 meses un ovario derecho de características normales.

Conclusiones. La torsión de ovario debe formar parte del diagnóstico diferencial del abdomen agudo en niñas. La ecografía está especialmente indicada en estas niñas para detectar una posible torsión ovárica. La laparoscopia en estas niñas permitirá un adecuado diagnóstico y manejo de posible patología ginecológica. La detorsión es una buena elección terapéutica, aunque no está exenta de complicaciones.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Complicaciones de las malformaciones venosas intestinales. Indicación de cirugía urgente.** Romo Muñoz MI, Núñez Cerezo V, Noriega Rebolledo B, Bueno A, Serradilla J, Triana Junco P, Álvarez M, De La Torre C, López Gutierrez JC. *Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Objetivos. El tracto gastrointestinal es el órgano donde más frecuentemente se describen las malformaciones venosas (MV) y, aunque habitualmente son asintomáticas, su localización intestinal puede ser causa de complicaciones graves que requieren tratamiento quirúrgico urgente. Nuestro objetivo es dar a conocer nuestra serie de casos con complicaciones graves derivadas de las MV intestinales que precisaron intervención quirúrgica urgente.

Material y métodos. Estudio descriptivo sobre pacientes con MV a nivel intestinal que precisaron tratamiento quirúrgico urgente.

Resultados. De los 21 pacientes tratados en nuestra institución con diagnóstico de MV intestinal, 16 (76%) presentaban MV en el contexto del Síndrome de Bean y 5 (24%) eran aislados. Cuatro pacientes (19%) precisaron de tratamiento quirúrgico urgente mediante laparotomía media, encontrándose un vólvulo sobre la MV (1), invaginación ileo-ileal (1) y hemorragia digestiva (2). Se realizó resección intestinal en los dos primeros casos y enterostomía en los dos últimos para fulguración con láser de las lesiones sangrantes. Todos los pacientes presentaron evolución favorable de su episodio y se encuentran asintomáticos en el momento actual, excepto una paciente que fallece tras complicación de malformación venosa en cavidad oral que comprometía la vía aérea.

Conclusiones. El diagnóstico de las MV intestinales es un reto debido a su baja incidencia, principalmente cuando su debut es agudo, siendo difícil plantearlas como diagnóstico diferencial.

(Oral 3 minutos)

- **Cirugía asistida con imanes: experiencia inicial con 5 casos.** Giné C¹, Laín A¹, García Martínez L¹, Pérez Etchepare E¹, López S¹, Domínguez G², Guillén G¹, Leganés C¹, Güiizzo J¹, López M¹. ¹Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ²Fundación Hospitalaria. CABA. Argentina.

Objetivos. La utilización de imanes intracorpóreos en cirugía mínimamente invasiva es una práctica poco extendida dentro de la cirugía pediátrica. Estos dispositivos magnéticos permiten la tracción de órganos que pueden movilizarse desde el exterior con un imán. Describimos nuestra experiencia inicial con 5 pacientes.

Material y métodos. Revisión retrospectiva y descriptiva de los primeros pacientes operados con esta tecnología en nuestro centro. Se utilizaron pinzas de agarre ensambladas con un imán de 10 mm de diámetro que se introducían a través de un trócar de 12 mm para ser gobernados desde el exterior por un imán regulable. Se describen las indicaciones y los resultados quirúrgicos.

Resultados. Un total de 5 pacientes fueron intervenidos entre noviembre de 2016 y enero de 2017. A 3 de ellos se les practicó una colecistectomía transumbilical con pinza curva y el magneto se utilizó para la tracción de la vesícula biliar. Otro paciente fue sometido a una biopsia pulmonar por neumopatía intersticial y el imán traccionó el tejido pulmonar a biopsiar con endograpadora, ahorrando un trocar. El último paciente presentaba un cistoadenoma seroso ovárico y el imán permitió una tracción al cémit del tejido a extraer. La edad media fue de 13,8 a (7-21). No se registraron complicaciones intraoperatorias y todos los procedimientos se completaron sin necesidad de puertos accesorios no previstos.

Conclusiones. La cirugía con imanes de tracción visceral reduce el número de trócares, mejora la ergonomía intraoperatoria disminuyendo los conflictos con los instrumentos y permite la tracción externa en múltiples direcciones.

(Oral 3 minutos)

- **Cirugía bariátrica en adolescentes: una herramienta para la prevención de la comorbilidad de la obesidad mórbida.** Núñez Cerezo V, Muñoz Romo M, Leal Hernando N, Delgado B, Triana Junco P, Jiménez Gómez J, Serradilla J, Martínez Martínez L, López Santamaría M. *Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Objetivos. El aumento de la prevalencia de la obesidad en niños y adolescentes favorece el desarrollo de obesidad mórbida en la vida adulta. Revisamos nuestra experiencia en cirugía bariátrica en edad pediátrica

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos por obesidad mórbida. Se estudiaron datos antropométricos, hipertensión arterial (HTA), hipertrofia ventricular izquierda, hipertrigliceridemia, diabetes mellitus, resistencia a la insulina, trastornos psicológicos, tratamiento médico y quirúrgico.

Resultados. Se estudiaron 11 pacientes (8 niñas), con una edad al inicio del tratamiento médico de $10,8 \pm 4,4$ a. En todos ellos se indicó la intervención tras el fracaso médico y la aparición de factores de riesgo cardiovascular (n = 2 sobrecarga oral de glucosa patológica, n = 1 apnea del sueño, n = 6 esteatosis hepática, n = 11 HTA, n = 11 dislipidemia, n = 1

hipertrofia ventricular izquierda). La mediana de IMC al inicio del tratamiento médico fue 39 (33-49), previo al tratamiento quirúrgico 40 (32-60) y a los 6 meses de la intervención 32 (26-44). Seis presentaban índices de resistencia periférica a la insulina altos. Los procedimientos quirúrgicos fueron balón intragástrico (4), banda gástrica (4), gastrectomía tubular (5), y *by-pass* gástrico (2), sin complicaciones. Tras un seguimiento de 6 años el IMC y peso fueron 35 (27-51) y 92 kg (65-181) respectivamente. Los pacientes con gastrectomía tubular y *by-pass* no desarrollaron deficiencias nutricionales resistentes a tratamiento médico. En ocho se corrigió la HTA y en nueve los índices de resistencia a la insulina se normalizaron.

Conclusiones. Cuando está indicado, el tratamiento quirúrgico logra una mayor pérdida de porcentaje de peso, al tiempo que mejora las comorbilidades.

(Oral 5 minutos)

- **Técnica híbrida laparoscópica y por puerto único en la colitis ulcerosa refractaria.** Alonso Arroyo V, Granero Cendón R, Moya Jiménez MJ, Morcillo Azcárate J. *Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. La proctocolectomía con anastomosis ileoanal y reservorio es la cirugía *gold standard* en la colitis ulcerosa (CU). Presentamos una paciente de 10 años con CU refractaria tratada mediante panproctocolectomía mínimamente invasiva en tres tiempos.

Material y métodos. Primer tiempo: proctocolectomía tipo Hartman laparoscópica con ileostomía temporal (3 trócares: 12 mm en fosas ilíacas y umbilical, 5 mm en hipocondrios). Segundo tiempo: desmontaje de ileostomía previa, sellándola con grapadora (45 mm/3,5 mm) e introduciéndola en cavidad peritoneal. Colocación de puerto único de gel en la incisión de la ileostomía (1 trocar de 12 mm y 2 de 5 mm). Disección de muñón rectal y resección anterior baja con endograpadora *tri-stapler* de 45 mm. Externalización de íleon terminal para la creación de reservorio en J de 15 cm de longitud. Recolocación del puerto de gel y anastomosis ileoanal con grapadora circular de (28 mm de diámetro/3,5 mm). Sección de íleon a 30 cm del reservorio con grapadora de (45 mm/3,5 mm) y nueva ileostomía de protección. Tercer tiempo: reconstrucción del tránsito (cierre de ileostomía).

Resultados. Postoperatorio favorable y sin incidencias en todos los tiempos quirúrgicos.

Conclusiones. La proctocolectomía en 3 tiempos en la CU es segura y está justificada por una menor necesidad de tratamiento inmunomodulador, disminución de la morbilidad perioperatoria, de los tiempos quirúrgicos y de la estancia hospitalaria. La anastomosis ileoanal con reservorio en J (segundo tiempo) vía laparoscópica por puerto único es factible, permite un acceso seguro equiparable a la laparoscopia convencional, facilita la recuperación postoperatoria y ofrece ventajas estéticas.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Exploraciones complementarias en el seguimiento del paciente pediátrico con traumatismo abdominal de víscera sólida: ¿son realmente necesarias?** Leganés Villanueva C, Gander R, Aguilera Pujabet M, Laín Fernández A, Guillén Burrieza G, Molino Gahete JA, Royo Gomes G, Asensio Llorente M, Bueno Recio J, García Fontecha CG, López Paredes MG. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. Actualmente es de elección el tratamiento conservador en los traumatismos abdominales de víscera sólida (TAVS) pediátricos, independientemente del grado. Nuestro objetivo fue establecer una guía de seguimiento y exploraciones necesarias durante el ingreso y después del alta de pacientes con TAVS dada la ausencia de guías al respecto.

Material y métodos. Estudio retrospectivo (2009-2016) de pacientes < 16 años con TAVS tratados en nuestro centro. Se recogieron datos demográficos, mecanismo del trauma, víscera afectada, lesiones asociadas, exploraciones realizadas al diagnóstico y seguimiento, tipo de tratamiento, tasa de éxito del tratamiento, complicaciones durante el ingreso y posterior al alta.

Resultados. Se trataron 58 pacientes con TAVS (44 varones y 14 mujeres) con edad media de 9,6 años (DT: 3,8). El hígado fue la víscera más afectada en 27 (46,6%) y 24 (41,4%) presentaron lesiones asociadas. El mecanismo lesional más frecuente fue la contusión directa (23). Los grados de traumatismo fueron: I [8], II [12], III [21], IV [14] y V [3]. Se realizó TC en 56 pacientes (96,6%, con tasa de éxito del 98,3%), interviniéndose dos pacientes (3,4%) de entrada. En 36 pacientes (62,1%) ingresados se realizaron ecografías [35] y TC [3] de control. Se indicó TC por anemización en 2/3. La ecografía diagnosticó complicaciones en 3/35 (todos grado IV) ingresados y en 3/47 (2 grado IV y 1 grado V) ambulatoriamente. Las complicaciones fueron bilomas[3], derrame pleural [1] y litiasis renales [2].

Conclusiones. La ecografía es de elección para el seguimiento (hospitalario y ambulatorio) de pacientes con TAVS grado IV-V. La baja incidencia de complicaciones en TAVS grado I-III no justifica su uso rutinario.

(Oral 3 minutos)

- **Herniorrafia inguinal laparoscópica. nuestra experiencia en los últimos 16 años.** Larreina de la Fuente L, Etxart Lopetegi E, Villalón Ferrero FN, Chocarro Amatriain G, González Temprano N, Ramos García JL, Fernández-Ibieta M, Urbistondo Galarraga A. *Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.*

Objetivos. La herniorrafia inguinal laparoscópica se ha convertido en una alternativa a la inguinotomía. Describimos nuestra experiencia en las intervenciones realizadas con dicha técnica.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de las herniorrafias inguinales laparoscópicas realizadas en el periodo 2000-2016 en los pacientes diagnosticados de hernia inguinal y/o hidrocele. Hemos analizado las indicaciones, complicaciones y recurrencias.

Resultados. En total se han realizado 59 herniorrafias en 40 pacientes, entre ellas 12 hidroceles. La media de edad ha sido de 3,78 años ($\pm 3,1$), rango 1 mes-13 años. Las indicaciones más frecuentes han sido la bilateralidad (40%) y las hernias inguinales asociadas a hernias umbilicales (12,5%). El 80% de los pacientes se intervinieron de forma ambulatoria y en ningún caso hubo complicaciones en el postoperatorio inmediato. En total ha habido 4 recidivas (1 hidrocele y 3 hernias inguinales) y 2 complicaciones: una por evisceración de epiplón a través de herida supraumbilical y otra por obstrucción intestinal por brida.

Conclusiones. A pesar de la limitación del estudio dado el tamaño muestral en nuestra serie, el porcentaje de complicaciones y recidivas es más elevado que el publicado en la literatura. Esto nos hace reflexionar y no olvidar que el abordaje laparoscópico no es una técnica exenta de riesgos y requiere de una curva de aprendizaje.

(Oral 5 minutos)

- **100 trasplantes intestinales pediátricos en España: ¿En qué fase estamos?** Andres Moreno AM, Hernández Oliveros F, Dore M, Encinas JL, Sánchez Galan A, De la Torre C, Ramos Boluda E, Prieto Bozano G, Gámez Arance M, López Santamaría M. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. Resumir nuestra experiencia en el Trasplante Intestinal (TI) en una Unidad de Rehabilitación (URI) consolidada.

Material y métodos. Revisamos retrospectivamente datos demográficos, clínicos, y resultados en términos de supervivencia del paciente/injerto, autonomía digestiva y calidad de vida.

Resultados. De 240 pacientes referidos a la URI, realizamos 100 TI en 78 pacientes (1999-2017): 52 multiviscerales (3 modificados), 26 intestinales aislados y 22 hepatointestinales (cada vez menos frecuente); mediana de edad al trasplante 37 meses (6-238). Las indicaciones más frecuentes fueron Intestino Corto (68%), trastornos motores (18%), y diarreas refractarias (10%), excepcionalmente un síndrome de Martínez-Frías y un hepatoblastoma irreseccable. El estado general al trasplante mejoró ligeramente con el tiempo: 36% aceptable, 31% regular, 33% malo. Incluimos el colon en los 33 últimos injertos, sin complicaciones. La incidencia de rechazo, síndrome linfoproliferativo y EICH fue del 28%, 18%, 14%, respectivamente, mejorando con el tiempo gracias a algunas modificaciones como la preservación del bazo nativo, la sustitución del alemtuzumab por timoglobulina, o la inclusión del hígado

en el injerto. Dieciséis pacientes fueron retrasplantados, 6 de ellos tres veces. Tras un seguimiento medio de 8 años (0-17,5), 50 pacientes viven y están autónomos (64%), con buena calidad de vida; 28 fallecieron, la mayoría durante el primer año (9 durante los dos primeros meses), principalmente por sepsis o EICH.

Conclusiones. Las modificaciones técnicas e inmunológicas en el TI van mejorando lentamente nuestros resultados, similares a los publicados internacionalmente, aunque todavía muy mejorables. Referir precozmente a estos pacientes, y comprender mejor los mecanismos inmunológicos serán las claves futuras del éxito.

(Oral 5 minutos)

- **Resección laparoscópica de la malformación linfática mesentérica en el paciente pediátrico.** Cadaval Gallardo C¹, Alonso Arroyo V¹, De la Torre Díaz E¹, Molina Mata M¹, Borrego P, Gueye D², Morcillo Azcárate J¹, Allal H². ¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Hospital Lapeyronie. Montpellier.

Objetivos. Las malformaciones linfáticas son tumores benignos cuya incidencia supone 1/2.000-100.000 RN. Localización abdominal en un 20% de los casos. Los síntomas más comunes son aparición de masa abdominal y/o abdomen agudo. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, pudiendo realizarse un abordaje laparoscópico. Presentamos la cirugía de resección laparoscópica de una malformación linfática intraabdominal en un paciente varón de 4 años de edad.

Material y métodos. Paciente de 4 años de edad hospitalizado por aumento de volumen abdominal, doloroso a la palpación y fiebre de 24 horas de evolución. La ecografía sugirió malformación linfática quística intraabdominal complicada con sangrado. Se decide intervención quirúrgica laparoscópica. Se emplean 4 trócares: 1 umbilical para la cámara y 3 más de 5-7 mm en fosa ilíaca derecha, flanco izquierdo y epigastrio. Se evidencia malformación linfática quística multiloculada a nivel del mesocolon con contenido hemático. Incisión con gancho monopolar y aspirado del contenido intraquístico. Marsupialización. Cierre de mesocolon. Lavado y extracción de quistes por trocar umbilical.

Resultados. Evolución favorable, permitiendo alta hospitalaria a las 48 horas afebril, con abdomen blando, depresible, no doloroso y tolerancia oral adecuada. Asintomático tras 5 meses desde la intervención.

Conclusiones. El tratamiento de la malformación linfática mesentérica es preferiblemente quirúrgico debido al riesgo de crecimiento y compresión de estructuras vitales intraabdominales. El abordaje laparoscópico puede resultar útil en la malformación linfática intraabdominal incluso en situación de emergencia. Ofrece reducción de íleo paralítico postoperatorio, menor incidencia de síndrome adherencial y mejor resultado estético.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Técnicas laparoscópicas para el tratamiento de las atresias intestinales en pacientes neonatales.** Aneiros Castro B¹, Godoy Lenz J², Cano Novillo I¹, García Vázquez A¹, Gómez Fraile A¹. ¹Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Clínica Las Condes. Chile.

Objetivos. A pesar de que la cirugía mínimamente invasiva se ha popularizado entre los cirujanos pediátricos, el abordaje laparoscópico de la patología neonatal sigue siendo un desafío. El propósito de este trabajo es mostrar diferentes técnicas laparoscópicas empleadas en el tratamiento de las atresias intestinales tipo diafragma en pacientes neonatales.

Material y métodos. Presentamos los diferentes pasos a seguir para realizar una resección laparoscópica de membranas intestinales. Generalmente, el paciente se coloca en decúbito supino, utilizándose 3 trócares para la cirugía. Empleamos diferentes puntos de tracción para la correcta exposición del intestino. Tras localizar la atresia intestinal, realizamos una incisión longitudinal en la cara antimesentérica usando instrumentos de cauterización monopolar. Posteriormente, resecamos el diafragma y realizamos una plastia intestinal según la técnica de Heineke-Mikulicz.

Resultados. El abordaje laparoscópico nos ofrece una excelente visualización y exposición de las atresias intestinales proximales dado que la mayor parte del intestino se encuentra colapsado y no limita la cavidad abdominal. La sistematización de las técnicas laparoscópicas en el tratamiento de las atresias intestinales empleando diferentes puntos de tracción facilita la realización de las mismas.

Conclusiones. La resección mínimamente invasiva de las membranas intestinales en los pacientes neonatales requiere habilidades laparoscópicas avanzadas. En pacientes seleccionados, es una cirugía efectiva que constituye una alternativa comparable a la técnica convencional.

(Vídeo 5 minutos)

- **Herniorrafia diafragmática laparoscópica en un neonato con situs inversus totalis.** Rodríguez Iglesias P, Ibáñez Pradas V, Carazo Palacios ME, Vila Carbó JJ. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Objetivos. Describir el primer caso de hernia de Morgagni y situs inversus totalis reparada por vía laparoscópica en un neonato pretérmino.

Material y métodos. Recién nacido pretérmino con situs inversus totalis diagnosticado prenatalmente que presentó tras el nacimiento clínica de bradicardia, tiraje subcostal y desaturación coincidiendo con los cambios posturales (semi-incorporación) y con las tomas. El estudio radiológico consistió en una radiografía de tórax que mostró una masa basal izquierda y se completó con una ecografía y tomografía que

evidenció una hernia diafragmática anterior con herniación del lóbulo hepático izquierdo y drenaje anómalo de la vena suprahepática en su entrada en la aurícula derecha.

Resultados. Se realizó una laparoscopia, observando el situs inversus totalis y un defecto diafragmático retroxifoideo a ambos lados del ligamento redondo. Se realizó diatermia del peritoneo parietal del ojal diafragmático y se realizó una herniorrafia mediante puntos sueltos con anudado extracorpóreo. No se produjo inestabilidad hemodinámica durante el procedimiento y el postoperatorio cursó de forma favorable. La radiografía de control no mostró alteraciones. Tras un seguimiento de 8 meses el paciente se encuentra asintomático.

Conclusiones. La hernia diafragmática de Morgagni es una malformación congénita poco frecuente que puede debutar en la etapa neonatal con síntomas respiratorios potencialmente graves. La reparación laparoscópica es una vía de abordaje segura y efectiva. La presencia de situs inversus no contraindica esta intervención.

(Vídeo 5 minutos)

- **Tiempo quirúrgico prolongado, ¿es un factor de riesgo para el neonato laparotomizado?** Pérez Egido L¹, Del Cañizo A¹, Simal I¹, Fernández-Bautista B¹, De La Torre M¹, Fanjul M¹, Parente A¹, García-Casillas MA¹, Molina Esther¹, Peláez D¹, Marugan JM², Huerga A², Chimenti P¹, De Agustín JC¹. ¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Hospital Clínico Valladolid.

Objetivos. Por sus características especiales, el neonato es especialmente sensible a la hipotermia, sangrado e infección, complicaciones favorecidas por un tiempo quirúrgico prolongado. El objetivo de nuestro estudio es analizar si el tiempo quirúrgico es un factor de riesgo en el neonato laparotomizado

Material y métodos. Se ha realizado un estudio retrospectivo de los neonatos que hayan precisado una laparotomía en nuestro centro en un periodo de 4 años, recogiendo las variables demográficas del grupo, el tiempo quirúrgico, tiempo total de quirófano, lugar de intervención, mortalidad, complicaciones, reintervenciones, estancia media en la unidad de cuidados intensivos y la estancia media hospitalaria.

Resultados. Se han incluido 122 pacientes, con una edad media de 11,3 días en el momento de la cirugía. Los diagnósticos más frecuentes fueron enterocolitis necrotizante (35,2%), obstrucción intestinal (21%) y hernia diafragmática congénita (16,39%). El 76,2% de los pacientes fue intervenido en quirófano y el resto en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales. La estancia media hospitalaria fue de 71,16 días. La mortalidad fue de 19,07%. El tiempo medio de cirugía fue de 1,36 horas y el tiempo medio de quirófano de 2,63 horas, existiendo una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) de ambas con el tiempo total de ingreso y mortalidad.

Conclusiones. Por los datos obtenidos podemos concluir que el tiempo quirúrgico y el tiempo de quirófano prolongados

suponen un factor de riesgo en los recién nacidos sometidos a una laparotomía.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Hernia de Amyand de presentación neonatal.** Pérez-Egido L, Cerdá JA, Fanjul M, Fernández B, De La Torre M, Ordóñez J, García-Casillas MA, Del Cañizo A, Molina E, Peláez D, De Agustín JC. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. La presencia del apéndice vermiforme en una hernia inguinal es conocida como hernia de Amyand, con una incidencia < 1%. El objetivo de este estudio es presentar un caso de hernia de Amyand neonatal.

Material y métodos. Recién nacido pretérmino (25 semanas) de 30 días de vida y 1 kg de peso, presenta un cuadro de distensión abdominal de 2 días de evolución y deposiciones con sangre. Ante la sospecha clínica de enterocolitis se realiza una radiografía abdominal que muestra neumatosis, un asa fija, compatible con obstrucción intestinal, y aire en escroto. Durante la exploración se observa una tumoración inguinal, sin signos de hernia escrotal que se reduce parcialmente. Ante la persistencia del cuadro clínico se realiza una ecografía informada como conducto inguinal libre y neumatosis intestinal. Ante el empeoramiento clínico del cuadro de obstrucción intestinal se indica revisión quirúrgica.

Resultados. Se realiza una laparotomía, observando una hernia inguinal encarcerada con el apéndice incluido en el orificio inguinal con placas de necrosis, afectación del ciego por contigüidad, sin afectación del resto del intestino. Se realizó resección del apéndice-ciego y anastomosis colo-ileal con buena evolución postoperatoria.

Conclusiones. La hernia de Amyand es una condición excepcional en los neonatos pretérmino, con difícil diagnóstico antes de la cirugía. La actuación quirúrgica precoz en cuadros establecidos de obstrucción intestinal, favorece la resolución con mejores resultados. Los cuadros de catástrofes intestinales masivas por demora en la cirugía a la espera de establecer claramente la etiología, supone obviar casos como el nuestro, patologías que se pueden resolver con buenos resultados.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Onfalocèle gigante: ¿qué hacemos cuando fracasa el cierre diferido en el periodo neonatal?** Galbarriatu Gutiérrez A, Álvarez Martínez L, Valdivieso Castro M, Azpeitia Palomo A, Tuduri Limousin I, Blanco Bruned JL, Gastaca M, Oliver Linares FJ. *Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo.*

Objetivos. Exponer dos casos de onfalocèle gigante (OG) en los que se realiza el cierre definitivo por encima de los dos años de edad con descripción de la técnica quirúrgica empleada, apoyo iconográfico y resultados obtenidos.

Material y métodos. Presentamos dos casos de OG con mala evolución tras el cierre progresivo en el periodo neonatal, su evolución y resultados finales.

Resultados. *Caso A:* varón 32 meses de edad, defecto de pared abdominal al nacimiento de 55x62 mm (longitudinal x transversal) con protrusión de intestino delgado, hígado y curvatura mayor gástrica envueltas en saco onfálico. Creación de silo suturado a fascia al nacimiento y reducción progresiva con cierre del defecto a los 30 días. Eventración de la herida al vigésimo día post-operatorio. Manejo conservador con reepitelización cutánea. Cierre definitivo a los 38 meses con aposición de malla irreabsorbible sobre plano muscular tras desdoblamiento y medialización de los rectos. Buena evolución. *Caso B:* mujer de 29 meses con diagnóstico prenatal de OG (50 x 55 mm longitudinal x transversal), creación de silo fascial con cierre progresivo e inestabilidad que impide el cierre quirúrgico en el periodo neonatal. Alimentación mediante sonda nasogástrica y curas locales sobre el defecto. Evolución tórpida, pero con recuperación vital y planteamiento de cierre definitivo mediante malla biológica asentada sobre masa hepática y anclada a borde musculo-fascial.

Conclusiones. En el fracaso del cierre de los OG, la determinación de la mejor edad para su cierre definitivo y el conocimiento y adecuado uso de las distintas mallas de pared pueden favorecer el éxito de la cirugía.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Neumoperitoneo neonatal no quirúrgico.** Deltell Colomer P, Gallego Mellado N, Kuan Argüello ME, Alcaráz Jiménez P, Albertos Mira-Marcelí N, González Piñera J. *Hospital General de Alicante.*

Objetivos. El neumoperitoneo neonatal es una emergencia quirúrgica, debida en más de un 95% de los casos a la perforación de una víscera hueca. Sin embargo, han sido descritos casos de neumoperitoneo benigno en el neonato. El objetivo de nuestro trabajo es dar a conocer esta entidad para poder evitar laparotomías innecesarias.

Material y métodos. Presentamos dos casos de neonatos a término que presentaron distrés respiratorio grave al nacimiento con altas necesidades de oxígeno, uno de ellos precisó ventilación de alta frecuencia y el otro intubación y ventilación. Ambos pacientes presentaron neumotórax, y durante la evolución del mismo se descubrió neumoperitoneo, en ausencia de clínica gastrointestinal. Ante la inestabilidad de los pacientes y la sospecha de baro y volutrauma, se decidió actitud expectante.

Resultados. Ambos pacientes precisaron durante el episodio colocación de drenaje peritoneal por presentar dificultad ventilatoria durante la evolución, que mejoró tras el mismo. Evolucionaron favorablemente sin necesidad de laparotomía y los drenajes peritoneales fueron retirados a las 48 horas en ambos casos, realizando un tránsito gastrointestinal (TGI) de control y descartando fugas de contraste a cavidad peritoneal.

Conclusiones. El neumoperitoneo benigno neonatal existe, el aire en el neumotórax y/o neumomediastino puede difundir a través de los hiatos diafragmáticos hacia la cavidad peritoneal. Aunque es una causa infrecuente, su sospecha diagnóstica es esencial para evitar intervenciones quirúrgicas en pacientes con barotrauma y ausencia de clínica gastrointestinal. La realización de un TGI ayuda a descartar la presencia de perforación en los casos dudosos tras la estabilización del paciente.

(Poster presentado 1 minuto)

- **El papel de la resonancia magnética fetal en el estudio de la hernia diafragmática congénita.** Núñez Cerezo V, Romo Muñoz MI, Encinas Hernández JL, Parrón Pajares M, Rodríguez R, Bartha JL, Martínez Martínez L, López Santamaría M. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. Distintas medidas ecográficas y de resonancia magnética fetal (RM) han sido descritas en el diagnóstico de las malformaciones asociadas y el pronóstico en la hernia diafragmática congénita (HDC). Hemos revisado nuestra experiencia buscando parámetros aislados o combinados útiles y cómo la RM puede complementar a la ecografía.

Material y métodos. Evaluamos 29 fetos con HDC. Revisamos en ecografía: *Lung to Head Ratio* observado/esperado (LHR o/e) y en RM: volumen pulmonar ipsilateral (VPI) y total expresado como porcentaje del volumen pulmonar observado/esperado (VPT o/e) y porcentaje de hígado herniado (PHH). Estudiamos: supervivencia, ECMO y malformaciones asociadas

Resultados. El LHR o/e fue la medida que mejor predijo supervivencia ($p < 0,05$). El VPT o/e no predijo supervivencia ni ECMO ($p > 0,05$). El PHH 19% se relacionó con necesidad de ECMO. El VPI < 2 cc requirió ECMO más frecuentemente ($P < 0,018$) y cuando fue de 0cc, en todos los casos. Ninguna combinación de medidas de RM fue superior al LHRo/e en predicción de supervivencia. La RM complementó a la ecografía en 4 casos: eventración diafragmática diagnosticada de HDC, HDC derecha con líquido en el saco que sugería quiste torácico, diferenciación entre bazo y pulmón que medidos juntos sobreestimaba el LHRo/e y sospecha de Cornelia de Lange por malformaciones faciales.

Conclusiones. Ninguna medida aislada o combinada de RM supera al LHR o/e en la predicción de supervivencia. La RM se relaciona con el pronóstico y puede usarse como apoyo de la ecografía en la toma de decisiones. La RM aporta ocasionalmente información morfológica complementaria.

(Oral 5 minutos)

- **Estudio de la hipertensión pulmonar y la clínica respiratoria a largo plazo en los niños con hernia diafragmática congénita.** Núñez Cerezo V, Romo Muñoz MI, Encinas Hernández JL, Triana Junco P, Bueno A, Bueno A, Herrero B, Antolín E, Martínez Martínez L, López Santamaría M. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. Nuestro objetivo es estudiar la presencia en hernia diafragmática congénita (HDC) de clínica respiratoria e hipertensión pulmonar (HTP) a largo plazo y si estas pueden predecirse mediante medidas prenatales.

Material y métodos. Estudiamos en ecografía fetal: *Lung to Head Ratio* observado/esperado (LHRo/e) y clasificamos los pacientes según su resultado (grupo 1: LHRo/e $< 25\%$, grupo 2: 26-35%, grupo 3: 36-45%, grupo 4: $> 55\%$) así como la gravedad de HTP (grupo 0: no HTP, grupo 1: leve, grupo 2: moderada, grupo 3: grave) en los ecocardiogramas al nacimiento, 1º, 6º, 12º y 24º meses de vida. Estudiamos también edad gestacional, peso, tratamiento broncodilatador y número de ingresos hospitalarios.

Resultados. De 58 pacientes con HDC, 22 sin LHR salieron del estudio, quedando 36 con LHRo/e registrado a las $22,4 \pm 5,8$ semanas. El LHRo/e se relacionó significativamente con la gravedad de la HTP al nacimiento y en los meses 1º, 6º, 12º y 24º ($p < 0,05$). A los 6 meses únicamente el 18,75% presentaban HTP sin que ello asociara más riesgo de ingresos hospitalarios OR 1,07 [0,11-10,1] y siendo solo 3 (5,1%) los que precisaban algún tipo de tratamiento broncodilatador.

Conclusiones. En HDC, la HTP y la clínica respiratoria mejoran con el tiempo, siendo infrecuente la necesidad de tratamiento a partir del 6º mes. El LHRo/e predice la presencia y gravedad de HTP a corto y largo plazo.

(Oral 5 minutos)

- **Papel del cirujano pediátrico en el procedimiento EXIT.** Carrillo Arroyo I, Antón-Pacheco JL, López Díaz M, Morante Valverde R, Tordable Ojeda C, Aneiros Castro B, Benavent Gordo MI, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. El objetivo de la técnica EXIT (*EX Utero Intrapartum Treatment*) es asegurar la vía aérea mientras la oxigenación neonatal se mantiene por medio de la circulación placentaria. Se trata del procedimiento ideal en casos de compresión de la vía aérea por masas cervicales congénitas. Presentamos la primera experiencia EXIT en nuestro centro.

Material y métodos. Varón con diagnóstico prenatal de masa cervical de 8x5x8 cm. Ante la previsible dificultad de control de la vía aérea se programó una cesárea a las 37 semanas y se ensayó un algoritmo clínico de acceso traqueal en EXIT que consistió en la siguiente escala de actuaciones: 1º) intento de intubación con laringoscopia; 2º) uso del broncoscopio rígido por el cirujano, y si fracasase lo anterior 3º) traqueotomía bajo circulación placentaria y resección tumoral inmediata o diferida dependiendo del estado clínico del paciente.

Resultados. Se pudo realizar la intubación orotraqueal mediante laringoscopia en EXIT sin incidencias y a continuación, tras interrupción de la circulación feto-placentaria, se realizó cirugía de exéresis tumoral dada la estabilidad clínica del neonato. El abordaje fue por una cervicotomía seguida de

resección total de la masa que estaba muy adherida a la tráquea cervical. No hubo complicaciones. El aspecto macroscópico era quístico y polilobulado, y el diagnóstico anatomopatológico fue de teratoma inmaduro.

Conclusiones. Los riesgos neonatales de la técnica EXIT son asumibles por el elevado riesgo de muerte neonatal por asfixia consecuencia de masas cervicales obstructivas. Para llevar a cabo esta técnica es imprescindible un equipo multidisciplinar bien coordinado formado por anestelistas, obstetras, neonatólogos y cirujanos pediátricos.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Factores de riesgo de reintervención quirúrgica en los pacientes con hernia diafragmática congénita.** Prat Ortells J¹, Correa Jorquera J¹, Soria Gondek A¹, Muñoz Fernández E¹, Pertierra A², Martín Solé O¹, Castañón García-Alix M¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. ²Servicio de Neonatología. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.

Objetivos. Los pacientes con hernia diafragmática congénita (HDC) pueden ser muy complejos en su evolución. En este estudio analizamos qué factores aumentan el riesgo de reintervención quirúrgica.

Material y métodos. Revisión de todos los casos de HDC tratados en nuestro centro entre 2006-2016. Se dividieron en dos grupos según la necesidad de reintervención quirúrgica. Dado que la necesidad de reintervención no es una complicación inmediata, se excluyeron los pacientes que fallecieron precozmente. Se compararon las siguientes variables entre los dos grupos: lado de la hernia, malformaciones asociadas, tratamiento prenatal (TP), necesidad de ECMO y colocación de parche en la reparación quirúrgica inicial.

Resultados. Nacieron 166 pacientes con HDC de los cuales 48 (29%) fueron *exitus* y solo 2, con una muerte tardía, se reoperaron. Entre los 118 supervivientes se han reintervenido 23 pacientes. Considerando a todos los pacientes que han vivido lo suficiente como para que hayan podido ser reintervenidos (n = 120), el TP y la ECMO han sido los dos únicos factores de riesgo significativos de reintervención: OR TP = 3,06 [1,22-7,76], p = 0,023; OR ECMO = 3,7 [1,02-13,3], p = 0,05. Ni el lado de la hernia (p = 0,37), la necesidad de reparación con parche (p = 0,35) o la presencia de malformaciones asociadas (p = 1) han demostrado tener influencia en el riesgo de reintervención.

Conclusiones. La terapia fetal y la necesidad de ECMO aumentan significativamente el riesgo de reintervención quirúrgica entre los supervivientes de HDC. El lado de la hernia, la necesidad de parche o las malformaciones asociadas son factores que no contribuyen a aumentar el riesgo de reoperación.

(Oral 3 minutos)

- **Causas de reintervención quirúrgica en los pacientes con hernia diafragmática congénita.** Prat Ortells J¹, Correa Jorquera J¹, Soria Gondek A¹, Muñoz Fernández E¹, Clotet J², Martín Solé O¹, Castañón García-Alix M¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. ²Servicio de Neonatología. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.

Objetivos. Los pacientes con hernia diafragmática congénita (HDC) pueden ser muy complejos en su evolución. Este trabajo analiza cuántas reintervenciones quirúrgicas requirieron nuestros pacientes, así como las causas de reintervención.

Material y métodos. Revisión de todos los casos de HDC tratados en nuestro centro entre 2006-2016, con una atención especial en los pacientes que han debido someterse a una reintervención quirúrgica directamente relacionados con la HDC o su tratamiento.

Resultados. 166 pacientes con HDC, de los cuales 48 pacientes (29%) fueron *exitus*. Fue necesario reintervenir a 25 pacientes (2 de los cuales fueron *exitus*). En total se realizaron 37 reintervenciones quirúrgicas en estos 25 pacientes. Las distintas formas de oclusión intestinal fueron la causa de reintervención quirúrgica más frecuente, realizándose la adhesiolisis en 16 ocasiones (43% de las reintervenciones) en 14 de los 25 pacientes reoperados (56%). Las reherniaciones, realizadas en 7 pacientes (28%) fueron la segunda causa de reoperación. Se han realizado 6 procedimientos antirreflujo (un 24% de los pacientes) aunque en 5 de 6 ocasiones la funduplicatura fue un procedimiento adicional a otras causas de reintervención (oclusión o hernia de hiato). Otros motivos de reintervención fueron: 3 traqueotomías y 2 reparaciones de hernias de hiato.

Conclusiones. Las complicaciones quirúrgicas de la HDC se concentran en un pequeño grupo de supervivientes, habitualmente con factores de gravedad de su HDC. En nuestra serie la oclusión intestinal es la causa más frecuente de reintervención quirúrgica, seguida de la reherniación. Es importante conocer estas posibles complicaciones para realizar un correcto seguimiento durante el postoperatorio de estos pacientes.

(Oral 3 minutos)

- **Cierre fetoscópico de los defectos abiertos de tubo neural con tres puertos y exteriorización uterina.** Giné C, Arévalo S Molino JA, Rodó C, Maroto A, Maíz N, Manrique S, Vázquez E, Poca A, Cuxart A, Fontecha CG, Peiró JL, López M, Carreras E. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. El MOMs trial demostró los beneficios de la cirugía fetal en los defectos de tubo neural (NTD). Algunos autores han descrito técnicas fetoscópicas con cobertura mediante parches sintéticos. Presentamos nuestra técnica fetoscópica de cierre directo y sus resultados preliminares.

Material y métodos. Tras una incisión de Pfannenstiel y exteriorización uterina se introducen tres cánulas en el útero

y se infunde CO₂ caliente. La placoda se libera del tejido quístico circundante y se cubre en ocasiones de un parche de pericardio bovino. La piel es suturada en bloque hacia la línea media cerrando el defecto.

Resultados. 10 pacientes fueron intervenidos. 8 nacieron sin fuga de líquido cefalorraquídeo (CSF), uno de ellos con dehiscencia parcial. Otro caso nació con dehiscencia y fuga de CSF. 1 caso fue óbito a las 2 semanas de la cirugía. El tiempo quirúrgico total fue de 155,8 min y de fetoscopia de 93 min. La edad gestacional en la cirugía fue de 24,6 semanas de gestación. La edad gestacional al nacimiento fue de 34,9 semanas. El porcentaje de CSF shunt fue de 55,6% y la herniación cerebelosa se corrigió en el 5/9, mejoró en 3/9 y se mantuvo igual en 1/9. El nivel neurológico mejoró en 1/9, se mantuvo en 7/9 y empeoró en 1/9. Se registró una corioamnionitis, oligohidramnios y parto prematuro en un mismo paciente. Dos niños nacieron por vía vaginal.

Conclusiones. El cierre fetoscópico de los NTD puede tener un rol en el tratamiento aportando beneficios principalmente obstétricos, aunque se requieren mejoras técnicas para optimizar el resultado neonatal.

(Oral 5 minutos)

- **Anastomosis intestinal primaria en neonatos con perforación intestinal aislada.** Aguilera Pujabet M¹, Molino Gahete JA¹, Guillén Burrieza G¹, López Fernández S¹, Santiago Martínez S¹, Martín Giménez MP¹, Ruiz Campillo C², Lloret Roca J¹, López Paredes M¹. ¹Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. ²Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. La realización de anastomosis intestinales primarias (AIP) en perforaciones intestinales aisladas neonatales (PIAN) continúa siendo un tema controvertido. Nuestro objetivo es analizar los resultados de las AIP en comparación con las ostomías.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de las PIAN intervenidas entre 2010-2016. Se analizaron datos relacionados con las características basales, complicaciones (derivadas del tipo de intervención, de la herida quirúrgica o infecciosas) y evolución en función de la intervención (ostomía vs AIP).

Resultados. De 27 pacientes (16H/11M), con una mediana de peso al nacimiento de 960 g (IC95%: 789-1443 g) y de edad de 5 días (1-37), en 17 se realizó AIP (63%) y en 10 ostomías (37%). A pesar de que los pacientes en los que se realizó AIP tenían menor edad gestacional ($27,3 \pm 0,96$ vs $32,8 \pm 1,84$; $p < 0,05$) y menor peso en el momento de la intervención (1.159 ± 184 vs 1.984 ± 364 ; $p < 0,05$) no se hallaron diferencias en cuanto a las complicaciones derivadas del tipo de cirugía ($p < 0,05$) (una estenosis de la anastomosis en AIP y una dehiscencia de laparotomía en paciente ostomizado). Las AIP presentaron menos complicaciones infecciosas (23,5% vs 66,7%, $p < 0,05$). La dependencia de nutrición parenteral

fue de $23,11 \pm 11,9$ días en AIP y de $23,6 \pm 11,1$ en ostomizados ($p < 0,05$). Tres pacientes fallecieron (2 en el grupo de ostomizados y uno con AIP).

Conclusiones. La realización de anastomosis intestinales primarias en neonatos con perforación intestinal aislada presenta resultados similares a la ostomía, evitando además la necesidad de una segunda intervención y la morbilidad asociada a las mismas en pacientes de bajo peso.

(Oral 5 minutos)

- **Diferir el cierre de ostomías en enterocolitis necrotizante en función del peso: ¿es realmente necesario?** Aguilera Pujabet M¹, Molino Gahete JA¹, López Fernández S¹, Guillén Burrieza G¹, Martín Giménez M¹, Ruiz Campillo C², Lloret Roca J¹, López Paredes M¹. ¹Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. ²Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. El momento idóneo así como el peso para realizar el cierre de las ostomías en pacientes intervenidos por enterocolitis necrotizante (ECN) continúa siendo un tema de debate. Nuestro objetivo es valorar si el peso influye en los resultados.

Material y métodos. Estudio retrospectivo (2010-2016) de los neonatos con ECN en los que se realizó un cierre de ostomía, clasificándolos en función del peso (Grupo A $< 2,5$ kg y Grupo B $> 2,5$ kg). Se recogieron datos demográficos, clínicos, quirúrgicos y complicaciones (sepsis, infección de la herida quirúrgica o necesidad de reintervención) y evolución.

Resultados. De 152 pacientes con ECN, 56 requirieron intervención quirúrgica; en 38 se realizó enterostomía. La edad media de la primera cirugía fue de 15,8 días. El cierre de ostomía se realizó en 33 pacientes, 15 (45%) del Grupo A y 18 (54%) del Grupo B. El Grupo A tenía menor peso al nacimiento ($1.023 \text{ g} \pm 379$ vs 2.143 ± 882 , $p < 0,05$) y menor edad gestacional ($27,8$ vs $34,5$ SG, $p < 0,05$). No hubo diferencias en cuanto al tiempo entre la primera cirugía y la reanastomosis. Tampoco en el número de complicaciones (dos estenosis y una dehiscencia en el Grupo A y una estenosis y una dehiscencia en Grupo B) ($p < 0,05$). La estancia hospitalaria fue 125 ± 64 días en el Grupo A y 91 ± 66 días en el Grupo B ($p > 0,05$). Hubo un *exitus* en el Grupo A.

Conclusiones. El cierre de ostomía por enterocolitis necrotizante en pacientes de bajo peso (menores de 2,5 kg) es seguro y no se asocia a un aumento del número de complicaciones.

(Oral 5 minutos)

- **Grandes prematuros: el límite de la viabilidad.** Pematín Comella B, Lluna González J. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Objetivos. En la actualidad el límite de viabilidad se establece entre las 23-24 semanas de edad gestacional (EG), planteándose complejas decisiones médicas y dilemas éticos acerca de su viabilidad y las actitudes terapéuticas adecuadas. El objetivo de este trabajo es evaluar la población de nuestro hospital con EG situadas en el límite de la viabilidad, realizar una valoración bioética de las complejas decisiones que se plantean y proponer alguna pauta útil en la toma de decisiones.

Material y métodos. Estudio de los RN con EG entre 23-24 semanas en el periodo entre los años 2009-2016. Las variables estudiadas entre otras, fueron: la EG, mortalidad global y por grupos de EG, y evolución neurológica basada en la evaluación de neuropediatria.

Resultados. Pacientes estudiados: 25. La mortalidad global fue del 9,31%. La mortalidad por EG: 73,4% en los 23 semanas, 41,6% en los 24 semanas y 28,8% en los 25 semanas. El peso medio fue 633,18 g. Respecto a la evolución neurológica, el 77,7% presentó afectación neurológica en el periodo perinatal pero solo 1 presenta afectación neurológica a largo plazo.

Conclusiones. Consideramos, al igual que la literatura, límite de viabilidad el rango 23-24 semanas de gestación, individualizando cada caso. El desarrollo neurológico ha sido mejor que el descrito en la literatura, aunque son necesarios más estudios. La decisión de limitar a estos pacientes no debería ser tomada solo por el ginecólogo con los padres, siendo imprescindible la valoración del neonatólogo.

(Poster presentado 1 minuto)

- **El cierre tardío de la ostomía tras enterocolitis necrotizante no aporta ventajas sobre el cierre precoz.** De la Torre Macías M, Peláez Mata D, Pérez Egidio L, Fernández Bautista B, Ordóñez Pereira J, Fanjul Gómez M, del Cañizo López A, García-Casillas Sánchez MA, Molina Hernando E, Cerdá Berrocal J, de Agustín Asensio JC. *Hospital Infantil Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. La enterocolitis necrotizante (ECN) puede precisar una derivación intestinal temporal. El objetivo de nuestro trabajo es determinar las diferencias en la evolución de los pacientes entre los que el cierre de la ostomía se llevó a cabo de forma precoz frente y tardía (8 semanas tras la intervención).

Material y métodos. Revisamos las historias clínicas de los neonatos ingresados en nuestro hospital con el diagnóstico de ECN que precisaron derivación y posterior reconstrucción de tránsito. Evaluamos las características de los pacientes, las intervenciones, cuidados postoperatorios y complicaciones tras el cierre de ostomía.

Resultados. Se intervinieron 82 casos, 76 de ellos pretérmino, con una edad gestacional media de $29,33 \pm 0,4$ semanas y un peso medio en el momento de la intervención de $1.311 \pm 79,8$ gramos (550-4.600 g). En 30 de ellos (36,5%) se llevó a cabo el cierre de ostomía en las primeras 8 semanas tras la derivación intestinal (cierre precoz). El momento de la reconstrucción no afectó a las necesidades de soporte respiratorio (7,73 vs 0,67

días; $p > 0,05$); ni hemodinámico (0,1 vs 0,12 días; $p > 0,05$). Las diferencias encontradas entre ambos grupos en los días que precisaron nutrición parenteral (16,68 vs 13,18 días) y en la estancia hospitalaria (49,8 vs 37,9 días) no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,3$). El número de complicaciones (33% vs 28%) y la mortalidad ($n=2$ vs $n=1$) fueron similares en ambos grupos.

Conclusiones. En los recién nacidos con enterocolitis necrotizante que precisaron derivación intestinal, no hemos encontrado diferencias en el postoperatorio y las complicaciones al comparar el cierre de ostomía llevado a cabo de forma precoz y tardía.

(Oral 5 minutos)

CIRUGÍA - NEONATOLOGÍA II

Martes 26 de mayo de 2017, 16:00 horas

- **Alteraciones fisiológicas derivadas de la cirugía en edad pediátrica: ¿existen cambios objetivables en respuesta al estrés quirúrgico?** Álvarez García N, Gómez Palacio V, Siles Hinojosa A, Gracia Romero J. *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivos. El estrés es una respuesta fisiológica ante una situación amenazante, supone un gran número de respuestas adaptativas: la activación del SNS y del eje hipotalámico-pituitario-adrenal. Nuestro objetivo es determinar si la cirugía en el niño produce alteraciones fisiológicas objetivables en respuesta al estrés y si el conocimiento del ámbito quirúrgico se traduce en un menor impacto biológico.

Material y métodos. Estudio prospectivo en pacientes 4-15 años, intervenidos entre enero-junio 2016. Se excluyeron procedimientos de urgencia, pacientes con ingresos previos o patología grave. En todos se realizó la medición de cortisol sérico, ACTH, TA y FC al ingreso. Los valores fueron comparados con las cifras basales de nuestra población. Para evaluar la respuesta en función de la información previa del paciente, visualizaron un vídeo explicativo del hospital y del acto quirúrgico de forma aleatoria.

Resultados. 100 pacientes fueron seleccionados. Los valores de cortisol sérico fueron $11,60 \mu\text{g/dl}$, ACTH = $40,24 \mu\text{g/dl}$, FC = 102,5, TAS = 101,25, TAD = 55,9 en el grupo que visualizó el vídeo (50) y cortisol = $12,34 \mu\text{g/dl}$, ACTH = $38,86 \mu\text{g/dl}$, FC = 102, TAD = 101,7 y TAS = 58 en el grupo control (50). No se objetivaron alteraciones del eje hipotálamo-adrenal ni del SNS en ninguno de los grupos, manteniéndose los valores en rango de normalidad.

Conclusiones. A pesar de que la cirugía es percibida en el niño como un evento ansiógeno, no se traduce en trastornos fisiológicos de la homeostasis, incluso en aquellos en los que no existe un conocimiento previo de la situación. El apoyo de su entorno familiar y del personal sanitario son fundamentales para crear un ambiente propicio y fomentar su capacidad de adaptación al medio.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Manejo de la atresia de esófago *long gap* en nuestro centro: experiencia de 12 años.** Muñoz Fernández ME, Soria Gondek A, Prat Ortells J, Correa Jorquera JP, Reyné M, Martín Arcel AM, Castañón García-Alix M. *Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.*

Objetivos. Reconstruir la continuidad esofágica en una atresia de esófago *long gap* (AELG) supone un reto quirúrgico. Múltiples estrategias y técnicas quirúrgicas se han desarrollado con diferentes resultados. El objetivo es presentar nuestra experiencia.

Material y métodos. Entre 1995-2016 tratamos 26 pacientes. 15 AELG tipo I y 1 AELG tipo II. Todas se manejaron con gastrostomía. Al menos 3 meses después se realizaron: 9 gastroplastias (8 Schärli y 1 Collis), 3 flaps de desdoblamiento esofágico proximal, 1 esofagocoloplastia y 1 anastomosis término-terminal. Dos están pendientes de cirugía. 10 AELG tipo III. 4 corregidas precozmente: 3 anastomosis término-terminales y 1 Schärli. En 6 se realizó primero ligadura de la fístula traqueoesofágica y gastrostomía. Posteriormente se realizaron: 1 esofagocoloplastia, 1 anastomosis término-terminal, 3 flaps de desdoblamiento esofágico y 1 Collis con funduplicatura Toupet.

Resultados. Las 3 anastomosis término-terminales primarias precisaron reintervención por estenosis grave y reflujo gastroesofágico. De los 20 pacientes intervenidos de forma diferida, 6 se reintervinieron: 2/6 flaps por estenosis grave, 3/8 Schärli (2 por fuga y 1 por hernia parahiatal tardía); 1/2 esofagocoloplastia por cuadros oclusivos. Dos casos perdidos. De 22 pacientes seguidos, uno no se alimenta vía oral y presenta retraso estaturoponderal, la esofagocoloplastia.

Conclusiones. Las técnicas de preservación esofágica permiten restablecer la continuidad digestiva con buenos resultados y buen pronóstico nutricional a largo plazo. Previa a la cirugía definitiva, la implicación de los padres en el manejo de las secreciones orofaríngeas es fundamental. El estímulo precoz de la succión, el tratamiento del reflujo gastroesofágico y el seguimiento multidisciplinar constituyen los pilares del manejo.

(Oral 3 minutos)

- **Abordaje mínimamente invasivo de los secuestros pulmonares: ¿aspecto clave en el debate terapéutico?** Redondo Sedano JV, López Díaz M, Carrillo Arroyo I, Cano Novillo I, Aneiros Castro B, Melero Guardia L, Martín Alelu R, Benavent Gordo MI, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Los secuestros pulmonares constituyen la segunda malformación congénita más frecuente de la vía aérea inferior. Su tratamiento, en pacientes asintomáticos, genera gran controversia entre los expertos que abogan por una intervención activa y los que defienden una actuación basada en el seguimiento. Ante este escenario, las características pro-

pias de la cirugía mínimamente invasiva suponen un aspecto importante a tener en cuenta en la decisión terapéutica de cada paciente. Presentamos una revisión retrospectiva de los pacientes con diagnóstico histológico de secuestro pulmonar, tratados en nuestro centro mediante cirugía mínimamente invasiva desde el año 2007.

Material y métodos. Revisamos las historias clínicas de los pacientes intervenidos en los años seleccionados, y analizamos datos demográficos, diagnósticos, de indicación de tratamiento y técnica quirúrgica, y su evolución posterior.

Resultados. La serie presentada comprendió un total de 28 pacientes. El secuestro intralobar fue el más frecuente (20 casos, 71,4%). Un paciente presentó asociación de secuestro intra y extralobar, y en dos, la localización fue intraabdominal. Se realizó TC en 26 (92,8%) pacientes, no pudiendo evidenciarse arteria nutricia sistémica que definiera la lesión en 7 casos. Todos los pacientes fueron intervenidos por cirugía mínimamente invasiva, salvo uno, en el que la intervención fue vídeo-asistida. 3 (10,7%) pacientes presentaron complicaciones relacionadas con la cirugía (1 neumotórax y 2 empiemas).

Conclusiones. Una adecuada sistematización de la técnica toracoscópica, así como los avances en radiodiagnóstico y anestesia, aseguran una intervención más segura para el paciente, y constituyen un argumento a tener en cuenta a la hora de plantear la decisión terapéutica de esta patología.

(Oral 3 minutos)

- **Reparación de atresia de esófago mediante cirugía vídeo-asistida con incisión única.** Míguez Fortes L, Curras Mata N, Casal Beloy I, Rodríguez Ruiz M, García González M, Gómez Tellado M. *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

Objetivos. La atresia esofágica es una malformación congénita que afecta a 1 de cada 3.500 nacidos vivos. El tratamiento es quirúrgico mediante cierre de la fístula y la anastomosis esofágica mediante toracotomía convencional o por abordaje toracoscópico. En los últimos años, el uniportal VATS ha supuesto una revolución en cirugía torácica. En niños se cuenta con menor experiencia aunque ha sido utilizada para patologías como drenaje de empiemas o biopsias pulmonares. Sin embargo, la cirugía vídeo-asistida mediante una única incisión no ha sido utilizada para el tratamiento de patologías como la atresia de esófago.

Material y métodos. Presentamos dos casos de neonatos con atresia de esófago tipo III. En ambos realizamos reparación quirúrgica con ligadura de fístula y anastomosis término-terminal. Se accedió mediante minitoracotomía a nivel de 5º espacio intercostal izquierdo. Por la misma incisión introducimos una cámara de toracoscopia. Durante la cirugía se comprobó una disminución de los requerimientos anestésicos debido a menor necesidad de compresión pulmonar, mejor visualización del campo al contar con ambas visiones (direc-

ta y toracoscópica) y no se observó un aumento del tiempo quirúrgico.

Resultados. Ambos pacientes tuvieron favorable evolución postoperatoria y fueron dados de alta sin complicaciones. Se realizó seguimiento sin presentar reflujo gastroesofágico, episodios de atragantamiento u otras complicaciones. El resultado estético fue satisfactorio.

Conclusiones. Hemos obtenido excelentes resultados con esta técnica. Es necesario un mayor número de pacientes y una mayor experiencia quirúrgica, pero consideramos que esta puede ser una alternativa nueva y apropiada en la reparación de la atresia de esófago.

(Video 5 minutos)

- **¿Qué papel juega la laparoscopia en el diagnóstico y tratamiento del síndrome OHVIRA?** Martín-Crespo Izquierdo R¹, Carrera Guermeur N¹, Ramírez Velandia H¹, Maruszewsky S¹, Gutiérrez Román O², Luque Pérez AL², Moreno Del Prado JC², Calvo Azabarte P³, Crespo A², Cañete M², Luque Mialdea R¹. ¹Unidad Urología Pediátrica. Servicio Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. ²Servicio Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. ³Radiología Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.

Objetivos. El síndrome OHVIRA es una anomalía mülleriana compleja, en la cual un útero didelfo se asocia a hemivagina obstruida y agenesia renal-ipsilateral; su tratamiento consiste en la apertura del septo intervaginal, cuando existe un hidrocolpos. La cada vez más frecuente asociación a displasia renal quística o uréter ectópico ciego ha hecho redefinir el síndrome como Hemi-Vagina Obstruida y Anomalía Ipsilateral Renal, para incluir cualquier uropatía con anulación-funcional del riñón-ipsilateral. La resonancia magnética (RM) ha desplazado a la laparoscopia en la evaluación de la anatomía útero-vaginal; sin embargo, no identifica un riñón displásico atrófico ectópico. El objetivo es valorar el papel de la laparoscopia en el diagnóstico-tratamiento del síndrome OHVIRA.

Material y métodos. Paciente de 14 años diagnosticada de síndrome OHVIRA mediante ecografía abdominal: gran hematometra y hematosálpinx izquierdo, con hemi-cérvix abierto a estructura sacular de 60 mm. La RM confirma el diagnóstico, visualizando estructura-retroperitoneal desde S1 hasta hemi-cérvix izquierdo. En la exploración bajo anestesia no se palpa ni visualiza abombamiento (hematocolpos) sobre hemi-vagina derecha.

Resultados. Se realiza laparoscopia, confirmando dos hemi-cavidades uterinas, que no se comunican entre sí, hematometro salpinx izdo, con dos cuellos uterinos (bicolis), una hemi-vagina proximal derecha y atresia vaginal izda., ovarios normales y estructura retroperitoneal que desemboca en hemi-cérvix izquierdo, compatible con uré-

ter ectópico ciego. Se realiza hemi-histerosalpinguectomía izda. y ureterectomía laparoscópica mediante tres puertos de entrada.

Conclusiones. Resaltamos la utilidad de la laparoscopia en el síndrome OHVIRA tanto en la definición de la anatomía del defecto Mulleriano y el tratamiento, en el caso de atresia hemi-vaginal; como en el diagnóstico-tratamiento de la anomalía reno-ureteral (uréter ectópico a hemicérvix ipsilateral). Debemos descartar la existencia de una anomalía renal o ureteral asociada a la anulación funcional del riñón-afecto. La laparoscopia/retroperitoneoscopia juega un papel fundamental en la resolución de la malformación reno-ureteral (nefrectomía-ureterectomía).

(Video 5 minutos)

- **Manejo de la atresia intestinal en pacientes con gastrosquisis tratados mediante cesárea electiva precoz.** Leganes Villanueva C, Molino Gahete JA, Guillén Burrieza G, López Fernández S, Arévalo Martínez S, Ribes Bautista C, Peiró Ibañez JL, Lloret Roca J, López Paredes MG. Hospital Universitario Vall d' Hebron. Barcelona.

Objetivos. El tratamiento de la atresia intestinal (AI) en pacientes con gastrosquisis es controvertido. Nuestro objetivo es analizar las anastomosis primarias (AP) en pacientes con gastrosquisis y cesárea electiva precoz (CEP).

Material y métodos. Estudio retrospectivo (2002-2016) de los pacientes con gastrosquisis asociada a AI y CEP (< 35SG). Se analizaron datos demográficos, factores perinatales, abordaje terapéutico, complicaciones postoperatorias y seguimiento.

Resultados. Se realizó CEP en 55 gastrosquisis. Nueve casos (16,4%) asociaban AI. El peso medio fue de 2.171 g (DS 336 g) con edad gestacional media de 33,6 semanas (DS 1,13). Las localizaciones de las AI fueron: 3 yeyunales, 2 ileales, 3 cólicas y 1 múltiple. Se realizó AP en 6 pacientes (66,7%), objetivándose una única complicación (estenosis de la anastomosis). Tres pacientes se ostomizaron; uno presentaba una "closed" gastrosquisis, otro presentaba atresia intestinal tipo *Apple Peel* y otro una doble AI en la que se realizó AP en la atresia más distal. No se observó *peel* en ningún paciente. Se realizó cierre primario de la pared abdominal en todos los pacientes salvo en uno. Los pacientes con AI requirieron mayor duración de NPT (37,3 días vs 16,6; p < 0,05) y mayor estancia hospitalaria (67,4 días vs 28,3; p < 0,05) que el resto de la serie, pero comparando de forma aislada los casos de AP no hubo diferencias en la estancia hospitalaria (34,5 días vs 28,3; p > 0,05).

Conclusiones. La CEP en gastrosquisis asociada a AI permite realizar anastomosis primaria de forma segura en la mayoría de los casos, presentando estancias hospitalarias similares a la gastrosquisis sin AI.

(Oral 5 minutos)

- **Quiste de colédoco tipo I, nuevo abordaje quirúrgico.** Cortizo Vázquez J, Marco Martín C, Méndez Gallart R, Estévez Martínez E, García Palacios M, Rodríguez Barca P, Bautista Casanovas A. *Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela*.

Objetivos. Presentar una novedosa técnica para el abordaje del quiste de colédoco.

Material y métodos. Presentamos el caso de una paciente derivada por presentar lesión quística visualizada antenatalmente en 2º trimestre de embarazo, que postnatalmente se diagnostica como quiste de colédoco. A los 10 meses de edad se realiza exéresis de quiste y hepato-yeyunostomía en Y de Roux, dada de alta sin incidencias. La cirugía se realizó mediante una técnica novedosa presentada en 2013 por el Departamento de Cirugía de St. Louis. En esta técnica la novedad consiste en realizar una disección cuidadosa del quiste y apertura del mismo en su zona medial, con lo cual conseguimos una perfecta visión de los límites del quiste y del conducto biliar.

Resultados. Creemos que con esta técnica quirúrgica se puede mejorar el manejo y tratamiento de esta patología facilitando la cirugía.

Conclusiones. Revisando la literatura española actual no hemos encontrado ningún artículo que haga referencia a esta nueva técnica quirúrgica, y que creemos de gran utilidad durante el tratamiento de esta infrecuente patología.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Tratamiento del estreñimiento y encopresis mediante apendicostomía laparoscópica Malone-Allal.** Alonso Arroyo V¹, Gueye D², Moya Jiménez MJ¹, Allal H². ¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Hôpital Lapeyronie. CHU Montpellier et Université de Montpellier (Francia).

Introducción y objetivos. El enema colónico anterógrado a través de una apendicostomía continente mediante válvula antirreflujo resulta útil en niños con estreñimiento severo o incontinencia fecal refractaria. El objetivo es presentar nuestra experiencia con la técnica laparoscópica Malone-Allal.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes pediátricos con apendicostomía Malone-Allal intrenvidos entre los años 1994 y 2015 en nuestro centro. Abordaje laparoscópico (1 trocar umbilical de 5-7 mm para la óptica y 3 trócares de 3,5-5 mm en fosas ilíacas y subcostal izquierdo), disección del ciego y plicatura alrededor de la base apendicular a modo de válvula antirreflujo. Primer enema a través de la apendicostomía al 5º día postoperatorio y posteriormente 2-3 veces a la semana.

Resultados. 42 apendicostomías continentes laparoscópicas. 25 varones. Indicaciones quirúrgicas: 31 encopresis y 11 estreñimientos. Patologías subyacentes: 25 cuadros neurológicos (18 espinas bífidas, 3 encefalopatías, 1 quiste arac-

noideo, 2 compresiones medulares por accidente de tráfico y 1 teratoma sacrococcígeo), 9 malformaciones anorrectales, 3 enfermedades de Hirschsprung, 3 megarrectos idiopáticos y 2 casos no filiados. Sin incidencias perioperatorias relacionadas con la intervención. Complicaciones: la más frecuente fue estenosis del estoma (13/42), 1 caso de vólvulo cecal. Continencia entre enemas en 39/42 casos.

Conclusiones. La técnica Malone-Allal permite una apendicostomía antirreflujo eficaz y sencilla vía laparoscópica. A pesar de no estar exenta de complicaciones, la técnica laparoscópica resulta satisfactoria, reduciéndose la morbilidad perioperatoria. Es importante constatar la efectividad de enemas rectales previos antes de plantear la intervención quirúrgica.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Suprarenalectomía bilateral laparoscópica como tratamiento del síndrome de Cushing asociado a complejo de Carney.** Medrano Méndez L¹, Blanco Bruned JL¹, Ruiz Aja E¹, Vela Desojo A², Álvarez Martínez L¹, Valdivieso Castro M¹, Oliver LLinares F¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Cruces. ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo.

Objetivos. El complejo de Carney es una entidad caracterizada por la aparición de mixomas, alteraciones de la pigmentación cutánea y alteraciones endocrinas (síndrome de Cushing independiente de ACTH, debido a la enfermedad adrenocortical nodular pigmentada primaria (PPNAD), que a menudo es la primera y única manifestación del complejo). Se pueden afectar además hipófisis, tiroides, gónadas y mama, así como aparición de otros tumores. Generalmente presenta un patrón de herencia autosómico dominante.

Material y métodos. Niña de 6 años, hija de paciente afecta de complejo de Carney, que debuta con fenotipo Cushing y elevación en sangre de cortisol, testosterona y 17-OH-progesterona, con supresión de ACTH e hipercortisoluria. Tras frenación con dexametasona, persiste cortisol elevado en sangre. Con el diagnóstico de síndrome de Cushing independiente de ACTH y el antecedente materno, se diagnostica de complejo de Carney.

Resultados. La paciente es sometida a suprarenalectomía bilateral laparoscópica con 7 puertos (1 umbilical común (12 mm) y 3 (5 mm) para cada lado anatómico). No existen complicaciones intraoperatorias ni durante el ingreso, la paciente inicia terapia hormonal sustitutoria con hidrocortisona y fludrocortisona, y es dada de alta en el 4º día postoperatorio. La anatomía patológica de las piezas quirúrgicas muestra hiperplasia adrenocortical nodular en ambas glándulas suprarrenales.

Conclusiones. El complejo de Carney es una entidad rara, causante de < 1% de los síndromes de Cushing independientes de ACTH, cuyo tratamiento de elección es la suprarenalectomía bilateral. El acceso laparoscópico, aunque más difícil técnicamente, ofrece ventajas clínicas y estéticas.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Banda gástrica autoajustable: una retirada poco habitual.** Núñez Cerezo V, Romo Muñoz MI, Leal Hernando N, Dore Reyes M, Jiménez Gómez J, Triana Junco P, Sánchez Galán A, Olivares P, Martínez Martínez L, López Santamaría M. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. La banda gástrica autoajustable es una técnica aceptada en el tratamiento de la obesidad mórbida. Sin embargo, está descrita la erosión de la pared gástrica como una de sus complicaciones. Presentamos un caso de inclusión total de la banda en la cavidad gástrica y su retirada mediante laparoscopia y endoscopia.

Material y métodos. Se revisó el caso clínico de una paciente.

Resultados. Niña de 18 años con banda gástrica ajustable colocada hacía 3 años. No había presentado vómitos ni disfga. La pérdida de peso fue de 8,8 kg (IMC 36,47 y 34,48, pre y postcolocación, respectivamente). Dado el fracaso del tratamiento, se propuso para la realización de gastrectomía tubular laparoscópica tipo *sleeve* y retirada de banda en el mismo acto quirúrgico. Durante la disección fúndica no se logró identificar dicha banda por lo que se realizó una endoscopia digestiva que comprobó que estaba incluida en la luz gástrica. Tras fracasar en la extracción endoscópica, se realizó una gastrotomía laparoscópica que logró finalmente su retirada. El orificio se cerró con PDS y se comprobó su estanqueidad, posponiendo la gastrectomía tubular. Siete días más tarde el tránsito digestivo demostró ausencia de fugas de contraste. La paciente fue dada de alta a los 9 días del procedimiento.

Conclusiones. Aunque es infrecuente, la inclusión intraluminal de una banda gástrica es una complicación grave. Su retirada laparoscópica es una alternativa cuando el abordaje endoscópico no es factible.

(Vídeo 3 minutos)

- **Déficit de antitrombina III transitorio en neonato con trombosis de miembro superior.** Girones Camarasa B, García Dueñas C, Fernández Valades R, Licerias Licerias E, Ruiz Montes AM. *Complejo Hospitalario Universitario de Granada.*

Objetivos. La incidencia de tromboembolismos en RN hospitalizados es 2,4 por cada 1.000 RN vivos, siendo esta 40 veces mayor que en otras edades pediátricas.

Material y métodos. RN varón de 1.950 g. Al nacimiento presenta lesiones eritematovioláceas en mano y antebrazo izquierdo con edema acompañante. Movimiento de brazo pero no de muñeca. Al sexto día escara necrótica en dorso de antebrazo izquierdo, edema de mano junto con necrosis de pulpejo dedos. Pulsos conservados. Ecografía Doppler descarta trombosis arterial, pero no trombosis venosa. Coagulación: AT III 43% INR 1,16, Ttpa 27,8, TP 12,6, DD 2,18, fibrinógeno 261. Inicia tratamiento al 9º día con AT III ajustado diariamente, y enoxaparina s.c. cada 12 h. Tras tratamiento; niveles de AT III

superiores al 80%, con mejoría de la perfusión, y delimitación de lesiones. Curas cada 48 horas con cremas desbridantes y antibióticas. Al decimo día se realiza escarectomía, para limpieza del lecho necrótico. Continuando con curas cada 24-48 horas. Al vigésimo día nueva escarectomía con limpieza de lecho y colocación de sustituto biológico cutáneo, retirado a las 48 h por infección por *Pseudomonas auriginosa* multirresistente. Se negativizan los cultivos tras tratamiento con ceftacídima 10 días, decidiéndose actitud expectante por reepitelización de lesiones.

Resultados. Actualmente con seguimiento ambulatorio y sin tratamiento hematológico tras normalización de parámetros y ausencia de anomalías en estudio genético.

Conclusiones. El tromboembolismo venoso es una complicación frecuente en neonatos hospitalizados. Ante lesiones cutáneas con características necróticas sugerentes de patología trombotica, es preciso un estudio diagnóstico completo, por la importancia del tratamiento precoz.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Uso de elastómeros para el tratamiento del dolor postoperatorio en cirugía pediátrica.** Manzanares Quintela A¹, Isnard Blanchar RM¹, Oviedo Gutiérrez M¹, de Diego Suárez M¹, Abad Calvo MP¹, Janeiro Amela M², Bosch Peligero MT³, Castellví Gil A¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitari Germans Trías i Pujol. ²Servicio de Anestesiología, Reanimación y Clínica del Dolor. Hospital Universitari Germans Trías i Pujol. ³Servicio de Farmacia. Hospital Universitari Germans Trías i Pujol. Badalona (Barcelona).

Objetivos. El correcto reconocimiento, prevención y tratamiento del dolor postoperatorio en niños debe ser una prioridad. Presentamos nuestra experiencia en el uso de elastómeros como pauta analgésica postquirúrgica para procedimientos con dolor esperado moderado o severo.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo entre diciembre 2015 y diciembre 2016 de todos los pacientes pediátricos tratados con elastómero las primeras 48 h postquirúrgicas mediante el análisis de: datos demográficos, indicación quirúrgica, necesidad de rescate analgésico o antieméticos, presencia de dolor el primer y segundo días postoperatorios (según escala EVA, Wong-Baker y CHIPPS) y satisfacción de enfermería.

Resultados. Se ha empleado el elastómero en 31 niños, edad mediana 10 años (22 meses-16 años). Indicaciones quirúrgicas: apendicectomía: 11, cirugía genitoruinaria: 14, otras: 6. Nueve pacientes fueron alta hospitalaria a las 24 h de la cirugía. Se registró ausencia de dolor o dolor leve (EVA ≤ 3) en 27 pacientes las primeras 24 h, y en 29 a las 48 h. En 12 niños se administró analgesia de rescate el primer día y en 7 el segundo día. Tres pacientes requirieron antiemético de rescate el primer día y solo 2 el segundo. Un paciente presentó hipotensión y náuseas por lo que se suspendió el

tratamiento a las 36 h. El nivel de satisfacción de enfermería es muy elevado, con un ahorro de tiempo estimado de 60 minutos por paciente.

Conclusiones. Los elastómeros constituyen una buena arma para el tratamiento del dolor, mejorando el confort postoperatorio y con escasos efectos adversos. Sin embargo debemos mejorar nuestro registro de dolor y adecuar la analgesia de rescate según los resultados de ésta.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Análisis causa-raíz de eventos adversos mediante diagrama de Ishikawa. Aplicación en cirugía pediátrica.** Murcia Pascual FJ, Paredes Esteban RM, Delgado Cotán L, Miñarro del Moral RM, Berenguer García MJ, Garrido Pérez JI. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivos. El análisis causa-raíz (ACR) constituye la herramienta más importante para mantener la calidad asistencial y reducir la incidencia de eventos adversos (EAs). Una causa raíz es aquella que si es eliminada, se puede prevenir o disminuir la probabilidad de recurrencia de EAs graves. En la atención sanitaria, una única causa no es suficiente para producir un evento adverso, hay evidencia empírica suficiente que asegura que la mayoría de EAs se producen por múltiples causas, muchas veces concatenadas o de forma concurrente. Nuestro objetivo es presentar la metodología empleada para el diseño del diagrama de Ishikawa como método válido para el ACR de EAs graves en Cirugía Pediátrica.

Material y métodos. Se expone la metodología de ACR mediante la utilización del diagrama de Ishikawa tomando como base un EA grave (hipoxia aguda) registrado en nuestro servicio. Se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por profesionales implicados en el mismo. Se identifican las causas que intervinieron en la aparición del EA, clasificándolas en: Intrínsecas al paciente; Derivadas de la actuación de los profesionales; El proceso en sí mismo; Los materiales empleados.

Resultados. Mediante el diagrama de Ishikawa se identificaron 19 posibles causas que ocasionaron el EA y 45 medidas preventivas para la erradicación del mismo. Se elaboró un cronograma de actuaciones con responsables de las mismas.

Conclusiones. El análisis causa-raíz mediante el diagrama de Ishikawa constituye un método válido para prevenir y reducir la incidencia de EAs graves en Cirugía Pediátrica. A diferencia de otros métodos, permite identificar causas múltiples concurrentes.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Malformación linfática retroperitoneal: un hallazgo inesperado.** Argumosa Salazar Y, Ramírez Piqueras M, Marijuan Sahuquillo V, Moratalla Jareño T, Hernández Anselmi E, Fernández Córdoba MS. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

Objetivos. Las malformaciones linfáticas retroperitoneales (MLR) son quistes benignos poco frecuentes, menos del 1% de las malformaciones linfáticas. Se deben al defecto en las conexiones de los conductos linfáticos principales con el sistema colector central. El 90% de casos son menores de 2 años, asintomáticos aunque podrían dar presentaciones clínicas diversas. Presentamos el caso de un paciente visto en la consulta de cirugía pediátrica y programado para cirugía con diagnóstico de hernia inguinal izquierda.

Material y métodos. Niño de 2 años con bulto inguinoescrotal izquierdo, grande, reductible y no doloroso de 8 meses de evolución. Se realizó inguinotomía izquierda y apertura del conducto inguinal con identificación del cordón espermático, proceso vaginal cerrado y una estructura macroquística móvil que desplaza al traccionar, otros 4 quistes provenientes del retroperitoneo de contenido líquido serohemático.

Resultados. La biopsia concluye linfangioma por positividad inmunohistoquímica con D2-40. Seguimiento por ECO y RMN con escasos quistes residuales o recidiva a los 18 meses.

Conclusiones. El diagnóstico de las MLR en ocasiones resulta fortuito, como en nuestro caso. Se han descrito pielonefritis por obstrucción ureteral, abdomen agudo por sobreinfección, peritonitis por rotura de quistes y tumoración inguinoescrotal. El diagnóstico se realiza por ECO, RMN o TAC. El tratamiento de elección es quirúrgico, intentándose la resección completa del tumor, aunque la escleroterapia es una opción mínimamente invasiva. Las MLR pueden sorprendernos al intervenir un paciente por hernia inguinal, tenerlas en cuenta nos permitirá realizar un diagnóstico diferencial intraoperatorio e intentar el tratamiento quirúrgico oportuno

(Poster presentado 1 minuto)

- **Gastrostomía endoscópica percutánea en un solo tiempo: la experiencia en nuestro centro y revisión de la literatura.** Guillén Redondo P, Espinoza Vega M, Luis Huertas AL, Rico Espiñeira C, De Lucio Rodríguez M, Souto Romero H, Espinosa Góngora R, Ollero Fresno JC. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos. Presentar la experiencia en nuestro centro de la técnica de gastrostomía endoscópica percutánea en un solo tiempo (1-step PEG) con sonda de botón.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos con esta técnica en el período 2009-2015. Revisión de datos demográficos, clínicos, evolución y complicaciones. Se consideraron complicaciones mayores aquellas que requirieron intervención quirúrgica o antibioterapia intravenosa; y como criterio de alta hospitalaria: la tolerancia de las necesidades nutricionales totales por gastrostomía. Se realiza revisión de la literatura.

Resultados. Se intervinieron 48 pacientes con una mediana de edad de 4 años [0,5-18] y una mediana de peso de 12,5 kg [5-43]. Las enfermedades neurológicas (48%), seguidas de los trastornos genéticos (29%), constituyeron la patología

de base más frecuente. Los trastornos de deglución y la desnutrición supusieron las principales indicaciones quirúrgicas. No se produjo ninguna complicación intraoperatoria, y se inició la utilización de la gastrostomía en un tiempo medio de 24 h. La estancia hospitalaria media fue de 7 días [3-17]. Se registraron 2 infecciones de pared abdominal tratadas con antibioterapia iv como complicaciones mayores. Como complicaciones menores se diagnosticaron: vómitos relacionados con la nutrición enteral (2), granulomas periestomales (11), infecciones leves periestomales (4), salidas accidentales de sonda (4) y roturas de sonda (3).

Conclusiones. En nuestra experiencia el procedimiento 1-step PEG es una técnica segura y reproducible, con una incidencia de complicaciones similar a la descrita en la literatura, lo que la convierte en la técnica de elección, especialmente en los pacientes con elevado riesgo anestésico.

(Video 5 minutos)

- **Abordaje laparoscópico de una estenosis secundaria a un manguito residual tras descenso transanal endorrectal en la enfermedad de Hirschsprung.** Ruiz Aja E, Medrano Méndez L, Álvarez Martínez L, Valdivieso Castro M, Solaetxe Prieto N, Galbarriatu Gutiérrez A, Blanco Bruned JL, Oliver Llinares F. *Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo.*

Objetivos. El descenso transanal endorrectal (DTE) es una técnica ampliamente utilizada para el tratamiento de la enfermedad de Hirschsprung. A pesar de los buenos resultados descritos, las complicaciones obstructivas no son infrecuentes y debemos saber identificar si son de origen funcional o mecánico. Presentamos un caso de obstrucción mecánica por manguito muscular estrecho y su resolución mediante cirugía laparoscópica.

Material y métodos. Vídeo con descripción del caso clínico y la técnica empleada.

Resultados. Niño con síndrome de Down intervenido a los 4 meses por enfermedad de Hirschsprung, realizándose un DTE asistido por laparoscopia (técnica de Georgeson). El postoperatorio inmediato cursa sin incidencias. Posteriormente inicia clínica progresiva de estreñimiento, que coincide con un empeoramiento de su hipotiroidismo congénito ya conocido. En controles sucesivos se objetiva una estenosis rectal. Tras revisión de la anatomía patológica y confirmación de la presencia de células ganglionares en la pieza quirúrgica, se realiza enema opaco y rectoscopia, encontrándose una estenosis abrupta a 4 cm de margen anal. Se inician dilataciones neumáticas seriadas sin clara mejoría. Ante la sospecha de obstrucción mecánica secundaria a manguito residual, se decide la realización de un abordaje laparoscópico, que confirma una estenosis rectal anterior por manguito muscular estrecho. Se realiza miectomía anterior en el mismo acto, con inmediata resolución del cuadro.

Conclusiones. La miectomía posterior profiláctica del manguito residual tras un DTE transanal endorrectal puede

no ser suficiente para evitar las complicaciones obstructivas. El abordaje laparoscópico permite una fácil identificación del manguito así como una miectomía anterior o posterior en el mismo procedimiento.

(Video 3 minutos)

- **Manejo del timo ectópico intratiroideo.** López López AJ, Tardáguila Calvo AR, Fernández Jiménez I, De Diego García E. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivos. El tejido tímico ectópico puede encontrarse a cualquier nivel a lo largo de la línea de descenso desde la mandíbula al mediastino. Su localización intratiroidea es rara y suele ser asintomática. Aunque los hallazgos ecográficos son característicos, a menudo su diagnóstico es complicado, precisando de cirugía para biopsia.

Material y métodos. Presentamos caso de timo ectópico intratiroideo y su manejo, mediante revisión de historia clínica.

Resultados. Paciente de 6 años con hallazgo casual en control rutinario por su pediatra de tumoración en línea media cervical a nivel del tiroides. Sin antecedentes personales de interés, ni clínica asociada. Se realiza estudio de hormonas tiroideas que es normal. En la ecografía se detecta tiroides de morfología, tamaño, ecogenicidad y vascularización normal, con hallazgo en lóbulo tiroideo derecho de nódulo de 0,7 x 0,6 x 0,4 cm, de morfología irregular, bordes definidos y ecogenicidad heterogénea, altamente sugestivo de timo ectópico intratiroideo. Se decide manejo conservador, mediante observación en consultas externas con controles ecográficos seriados. En un periodo de 4 años el paciente se ha mantenido asintomático y con ligera disminución del tamaño del nódulo, por lo que mantenemos la misma actitud.

Conclusiones. La naturaleza benigna e involutiva del timo ectópico intratiroideo y sus características ecográficas típicas apoyan su manejo conservador mediante controles seriados. Sin embargo, ante un nódulo tiroideo de etiología incierta se recomienda una valoración cautelosa, dado que el riesgo de malignidad es mayor en la población infantil. Por ello, siempre que las pruebas diagnósticas no puedan excluir malignidad, la cirugía debería estar indicada.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Aborto y malformaciones congénitas en nuestro medio.** Lluna González J, Pemartín Comella B. *Hospital Universitari i Politècnic la Fe. Valencia.*

Objetivos. 1) Conocer las indicaciones de aborto por anomalía o malformación fetal diagnosticadas por ecografía prenatal. 2) Analizar la correlación entre el diagnóstico prenatal y el real.

Material y métodos. Estudio descriptivo, observacional, y retrospectivo de las historias clínicas con diagnóstico "In-

terrupción Voluntaria del Embarazo” por cromosomopatía, o malformación fetal. Periodo de estudio: 1 de enero de 2010 al 31 de octubre de 2011. El diagnóstico malformativo se realizó por ecografía prenatal y todo los fetos tenían estudio anatomopatológico posterior.

Resultados. De 165 abortos recogidos, 98 (59,4%) presentaban distintas malformaciones: cardiovascular 24, sistema nervioso central 18, nefro-urológicas 18, digestivo 9, anomalías torácicas y diafragmáticas 3, y otras 26. Destacan: hipospadias (1), atresia de esófago (3), Onfalocele (3), gastroquisis (2), atresia duodenal 1. En 7 no existía la patología de diagnóstico prenatal, 2 quistes intraabdominales resultaron ser quistes de ovario y de 6 casos de oligo/anhidramnios en 5 no se evidenció ninguna alteración morfológica.

Conclusiones. Consideramos que en muchas ocasiones de IVEs, la indicación se produce de forma arbitraria, ofreciendo dicha alternativa a madres con fetos con grandes posibilidades de supervivencia y a veces con escasas secuelas y niveles de dependencia.

(Oral 5 minutos)

CIRUGÍA - UROLOGÍA - MISCELÁNEA

Martes 26 de mayo de 2017, 17:30 horas

- **Evaluación de la redundancia de pruebas en la apendicitis aguda.** Rodríguez Caraballo L, Carazo Palacios ME, Ibáñez Pradas V, Couselo Jerez M, Lluna González J, Vila Carbó JJ. *Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

Objetivos. Evaluación de la redundancia de pruebas en el diagnóstico de la apendicitis aguda en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes atendidos en Urgencias por sospecha de apendicitis aguda en el año 2011 en nuestro centro, valorando una muestra de pacientes remitidos por dolor abdominal y otra muestra remitidos por apendicitis aguda. Variables del estudio: edad, peso, origen del paciente, leucocitos y neutrofilia, número de ecografías realizadas y resultado. Definimos como redundancias de pruebas la solicitud de una nueva ecografía en pacientes con ecografía inicial acertada en función del diagnóstico final.

Resultados. La muestra de estudio fueron 354 pacientes de los que 285 tenían apendicitis y 69 dolor abdominal inespecífico. La edad media fue de 9,4 años (2,13). 250 fueron derivados de otros centros de los que 228 (88,4%) llegaron con ecografía que se repitió en 102 (45%). De ellas 64 (62%) pueden considerarse redundantes. El número de pruebas fue significativamente mayor en los remitidos de otros centros (0,8 vs 1,4; Utest: 0,0001). De los 197 pacientes remitidos con ecografía positiva, 179 (90%) fueron finalmente apendicitis. La leucocitosis fue significativamente inferior en los pacientes con redundancia de ecografías (13,854 vs 16,260, $p < 0,05$).

Conclusiones. El análisis de nuestros resultados sugiere que el uso de la ecografía en nuestro centro no se ajusta a la definición de uso racional de una prueba diagnóstica. La leucocitosis es una variable que influye en la decisión de repetir dicha prueba.

(Oral 5 minutos)

- **Modelo experimental de colocación de PEG, buscando evitar los riesgos quirúrgicos.** Pérez-Egido L, Cerdá JA, Fernández-Bautista B, De La Torre M, Ordóñez J, Fanjul M, Del Cañizo A, García-Casillas MA, Molina E, De Agustín JC. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. Las gastrostomías endoscópicas percutáneas (PEG) conllevan hasta un 20% de complicaciones mayores secundarias a la cirugía. Parte de éstas asociadas al posicionamiento incorrecto del catéter. El objetivo de nuestro estudio es la realización de un modelo experimental para valorar el riesgo asociado a la técnica de inserción de las PEG.

Material y métodos. Hemos construido un modelo experimental utilizando tubuladuras pediátricas (esófago), una bolsa de polietileno (simulando estómago) unida superiormente a las tubuladuras (simulación cardias) y cerrada inferiormente (simulación píloro), cubiertos por una placa de goma-EVA (simulación pared abdominal) y utilizando un endoscopio (18 mm) para el ejercicio de simulación.

Resultados. Sobre el modelo descrito se realizaron 10 simulaciones de PEG, con inserción del catéter bajo visión endoscópica en cara anterior del modelo de estómago. Comprobamos posteriormente si el lugar de colocación era el deseado, encontrando que en 7/10 repeticiones la inserción fue en cara posterior. Observamos una rotación del estómago secundaria a la distensión del mismo, alrededor del eje formado por los puntos fijos que suponen cardias y píloro, presentando, por la distensión, la cara posterior hacia la pared abdominal, rotando la cara anterior del estómago hacia posterior y hacia el hígado, ocultándose para la punción, dificultando la colocación del catéter.

Conclusiones. Los hallazgos quirúrgicos y radiológicos posteriores a una PEG con incorrecta ubicación del catéter podrían ser explicados por el comportamiento de nuestro modelo, basado en la rotación gástrica por el eje cardias-píloro, secundario a la distensión gástrica. Pensamos que es necesario asociar una técnica de visión directa laparoscópica para disminuir los riesgos quirúrgicos.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Psicoprofilaxis quirúrgica audiovisual en cirugía general pediátrica: ¿podemos disminuir la ansiedad del niño y de su familia?** Álvarez García N, Gómez Palacio V, Siles Hinojosa A, Gracia Romero J. *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivos. La cirugía supone una experiencia traumática tanto para el niño como para su familia. Recientemente se han diseñado estrategias audiovisuales en nuestro servicio para tratar de disminuir la ansiedad vinculada a la intervención quirúrgica. Nuestro objetivo es analizar si la psicoprofilaxis audiovisual reduce los niveles de ansiedad derivados del evento quirúrgico.

Material y métodos. Estudio prospectivo aleatorizado en niños intervenidos en el servicio de cirugía pediátrica (4-15 años). Se excluyeron pacientes con antecedentes quirúrgicos, patología grave o procedimientos de Urgencia. La aleatorización en casos-controles fue realizada mediante sistema par-impar. Los casos visualizaron el vídeo antes del ingreso bajo supervisión médica. Se realizó la evaluación de los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo mediante tests auto-completibles (STAI-Y1, STAI-Y2, STAI-C, test EVA en < 6 años) al ingreso y al alta en ambos grupos.

Resultados. 100 pacientes fueron incluidos (50 casos/50 controles) con una edad media de 7,98 y 7,32 años, respectivamente. La intervención practicada con mayor frecuencia fue la orquidopexia en ambos grupos. Se observaron niveles de ansiedad estado menores en los progenitores de los casos frente a los controles (36,06 vs 39,93 en padres, 38,78 vs 40,34 en madres). Al alta, los niveles de ansiedad fueron menores en niños > 6 años (26,84 vs 32,96), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Conclusiones. El uso de la psicoprofilaxis prequirúrgica mediante herramientas audiovisuales disminuye la ansiedad de forma clínicamente relevante tanto en los niños como en sus familias de manera sencilla y fácilmente reproducible. Nuestros resultados coinciden con los reportados en la literatura y consideramos esta herramienta beneficiosa para el núcleo familiar.

(Oral 3 minutos)

- **Apendicitis versus dolor abdominal agudo inespecífico: Rendimiento diagnóstico de la ecografía.** Prada Arias M¹, Vázquez Castelo JL², Salgado Barreira Á³, Gómez Veiras J¹, García Saavedra S¹, Fernández Eire P¹, Montero Sánchez M¹, Fernández Lorenzo JR⁴. ¹Sección de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro. Vigo. ²Servicio de Radiología. Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro. Vigo. ³Unidad de Apoyo a la Investigación. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur. Vigo. ⁴Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro. Vigo.

Objetivos. El objetivo del estudio es evaluar el rendimiento diagnóstico de la ecografía para diferenciar la apendicitis del dolor abdominal agudo inespecífico, principal proceso con el que requiere diagnóstico diferencial en la práctica clínica.

Material y métodos. Se evaluaron los pacientes atendidos por sospecha de apendicitis en nuestro centro durante 2 años

(2013-2014), incorporando al estudio los casos de dolor abdominal agudo inespecífico y apendicitis en los que se realizó ecografía. Las diferentes variables recogidas se analizaron estadísticamente de manera descriptiva, univariante y con estudios de rendimiento diagnóstico.

Resultados. Se estudiaron 275 casos; 143 casos de dolor abdominal agudo inespecífico y 132 casos de apendicitis. La sensibilidad y especificidad de la ecografía para diferenciar apendicitis fue del 94,7% y 87,4%, respectivamente, con un porcentaje de falsos positivos del 12,6% y de falsos negativos del 5,3%. El porcentaje de falsos negativos en el grupo de apendicitis perforada alcanzó el 17,4% y el análisis según los grupos de riesgo establecidos por el *Pediatric Appendicitis Score* (PAS) mostró un porcentaje de falsos positivos del 12,2% en el grupo de bajo riesgo (PAS < 4) y de falsos negativos del 6,3% en el grupo de alto riesgo (PAS > 7).

Conclusiones. Se debe evitar la ecografía en situaciones de baja probabilidad clínica de apendicitis por el significativo número de falsos positivos, lo que podría incrementar la tasa de cirugía innecesaria. En situaciones de alta probabilidad clínica, la ecografía aporta poco al diagnóstico y podría ser un factor de confusión, debido a los falsos negativos asociados a la apendicitis perforada.

(Oral 5 minutos)

- **Reimplante ureteral posterior al tratamiento endoscópico del reflujo vesicoureteral: una técnica simple para la conservación óptima del uréter distal.** Soria Gondek A, Pérez-Bertólez S, Martín Solé O, García-Aparicio L. Sección de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.

Objetivos. Aproximadamente el 15% de los casos de reflujo vesicoureteral (RVU) persisten tras dos tratamientos endoscópicos secuenciales siendo algunos, candidatos al reimplante. Las inyecciones subureterales previas de sustancia abultante pueden comprometer el uréter distal y el pronóstico del reimplante. El objetivo es describir una sencilla técnica que permite conservar la máxima longitud de uréter distal durante el reimplante.

Material y métodos. Presentamos 3 casos intervenidos durante el período 2015-2016 en nuestro centro. El procedimiento fue el siguiente: tras la ureterólisis y disección del uréter distal, se abrió la cápsula que contenía el material abultante permitiendo la extracción del mismo. Seguidamente se resecaron las paredes de la cápsula que no estaban en íntimo contacto con el uréter. Así se preservó la máxima longitud de uréter distal para el reimplante ureteral.

Resultados. 2/3 eran RVU bilaterales de alto grado (III-V). 1/3 era un RVU de alto grado (IV) unilateral sobre sistema doble bilateral. 5/6 inyecciones fueron subureterales y 1/6 intraureteral. Todos los reimplantes fueron intravesicales se-

gún técnica de Cohen. El procedimiento previamente descrito permitió conservar entre 2,5 y 3 cm de uréter distal para la realización del túnel submucoso. Tras un seguimiento de 6 a 30 meses, los 3 pacientes se encuentran asintomáticos con ecocistografías de control normales.

Conclusiones. La disección y apertura de la cápsula que contiene el material abultante, así como la resección de la cápsula que no está adherida al uréter es un paso seguro que permite conservar los centímetros necesarios de uréter distal para un reimplante ergonómico.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Vólvulo gástrico: a propósito de dos casos.** Sánchez-Sánchez Á, Aranda García MJ, Rojas-Ticona J, Villamil V, Giménez-Aleixandre MC, Ruiz-Pruneda R, Hernández Bermejo JP. *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Objetivos. El vólvulo gástrico, aunque poco frecuente en niños, es potencialmente grave. De presentación aguda o crónica, con clínica inespecífica. Puede ser idiopático por fijación gástrica anómala o secundario a alteraciones anatómicas. Presentamos dos casos clínicos de vólvulo órgano-axial, uno agudo y otro crónico

Material y métodos. *Caso 1:* Escolar de 7 años, consulta en urgencias por dolor abdominal, náuseas y distensión epigástrica de pocas horas de evolución. Episodio similar autolimitado a los 3 años. En radiografía abdominal objetivamos distensión de cavidad gástrica, sugestiva de vólvulo gástrico órgano-axial. *Caso 2:* Escolar de 7 años, procedente de China, con antecedente de obstrucción intestinal en su país resuelta espontáneamente. En radiografía torácica se observa imagen hidroaérea en hemitorax derecho. Mediante TAC confirmamos la presencia de estómago en tórax y en tránsito gastroesofágico se objetiva hernia hiatal mixta, paraesofágica y por deslizamiento, con estómago volvulado en tórax.

Resultados. El primer caso se trató inicialmente con sonda nasogástrica, consiguiendo la devolvulación gástrica, posteriormente realizamos gastropexia laparoscópica anterior de forma programada. El segundo caso también se intervino mediante abordaje laparoscópico, realizándose devolvulación y descenso gástrico a abdomen, reparación del defecto diafragmático, resección del saco y funduplicatura tipo Nissen. No se realizó gastropexia. Ambos presentaron buena evolución.

Conclusiones. El vólvulo gástrico crónico produce clínica inespecífica, precisando un alto índice de sospecha para su diagnóstico. Cuando la presentación es aguda, es típica la tríada de Borchardt. En vólvulos primarios se recomienda gastropexia anterior para evitar recurrencias. En vólvulos asociados a defectos diafragmáticos es mandatoria su reparación, en cambio la realización de gastropexia es controvertida.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Epispadias severo penopúbico. Corrección quirúrgica.** Pradillos Serna JM, Fuentes Carretero S, Ardelá Díaz E. *Complejo Asistencial Universitario de León.*

Objetivos. El epispadias severo simple o asociado a extrofia vesical es una malformación congénita difícil de corregir quirúrgicamente. En 1996 Mitchell publicó su técnica que está basada en la disección completa de la bandeleta uretral, de la piel peneana ventral y de ambos cuerpos cavernosos hasta su inserción proximal, y que posteriormente se separan en toda su longitud. Estas maniobras permiten: 1) corregir la incurvación dorsal; 2) colocar la uretra en posición ventral; 3) colocar el meato en la punta de un glande, que de ser aplanado pasa a ser cónico.

Material y métodos. Caso clínico de niño de 2 años con epispadias severo penopúbico corregido mediante técnica Mitchell.

Resultados. El resultado estético y funcional ha sido bueno, sin presentar fístulas.

Conclusiones. Pensamos que la técnica de Mitchell es una buena opción para solucionar el complejo problema del epispadias severo, asociado o no a extrofia vesical, con pocas complicaciones.

(Video 3 minutos)

- **Abordaje inicial del priapismo de alto flujo pediátrico.** Barnes Marañón S, Lara Cárdenas DC, Fernández García L, Molnar A, Pontón Martino B, Gómez Farpón Á, Granel Suárez C, Álvarez Muñoz V. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. Presentación de un caso de priapismo de alto flujo tratado exitosamente de forma conservadora.

Material y métodos. Niño de seis años con clínica de priapismo de cinco días de evolución precedido de traumatismo perineal con el manillar de su bicicleta. Presenta una erección parcial indolora, sin signos locales de sufrimiento del miembro salvo un hematoma en resolución en surco balanoescrotal. En la ecografía Doppler se visualiza una fístula arterio-cavernosa derecha con presiones arteriales por encima de 100 mm Hg. Ante un caso de priapismo de alto flujo sin riesgo isquémico, se decide mantener una actitud expectante con vendaje compresivo intermitente y revisiones con ecografía Doppler ambulatorias.

Resultados. Al mes del episodio no se objetiva erección espontánea, refiriendo la familia erecciones nocturnas fisiológicas. En los controles ecográficos sucesivos se documenta una resolución progresiva de la fístula arterio-lacunar, que en la actualidad no presenta flujo en su interior.

Conclusiones. Ante un diagnóstico clínico-radiológico de priapismo de alto flujo pediátrico, y dado que está documentada su resolución espontánea con medidas locales no quirúrgicas en tasas de hasta un 62%, consideramos adoptar éste como el abordaje inicial. La angiemboliza-

ción, comparado con su aplicación en la población adulta, conlleva mayor dificultad técnica y riesgo de hipoxia iatrogénica con posibles efectos secundarios a medio-largo plazo.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Estudio preliminar simple ciego sobre la expresión del receptor de alta afinidad CD64 en monocitos y granulocitos de pacientes con apendicitis aguda e ingreso en intensivos pediátricos.** De Lucio-Rodríguez M¹, García-Salido A², Martínez de Azagra-Garde A², Alonso Calderón JL¹, Rico Espiñeira C¹, Guillén Redondo P¹, Luis Huertas AL¹, Melen GJ³, Serrano-González A², Ramírez-Orellana M³. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ³Laboratorio de Oncohematología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Objetivos. 1) Conocer la expresión de CD64 en monocitos (mCD64) y granulocitos (gCD64) en pacientes con ingreso en cuidados intensivos pediátricos (CIP) tras cirugía de apendicitis. 2) Determinar su asociación con la asistencia, el tiempo de ingreso y las complicaciones.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional simple ciego (noviembre 2016-enero 2017). Citometría de flujo al ingreso en CIP. Los resultados no se informan a los clínicos. Se recogen datos clínicos, analíticos y evolutivos hasta el alta. Se realizan tests estadísticos no paramétricos para significación de $p < 0,05$.

Resultados. Se reclutan 15 pacientes: 6 mujeres/9 varones, mediana de edad $2.653 \pm 1.506,8$ días con mediana de estancia en CIP de $1 \pm 1,4$ días y hospitalaria de $5,5 \pm 4,4$ días. Nutrición parenteral (NPT) en 6/15 pacientes y complicaciones previas al alta 6/15. El valor de mCD64 fue de 16.366 ± 6.762 , g; CD64 $2.071 \pm 2.791,8$, porcentaje de granulocitos CD64+ (%gCD64+) $75 \pm 24,4$ y ratio mCD64/gCD64 5 ± 170 . Los días de ingreso en CIP se correlacionaron con gCD64 ($r = 0,56$, $p = 0,03$), %gCD64+ ($r = 0,6$, $p = 0,02$) y ratio mCD64/gCD64 ($r = -0,6$, $p = 0,02$). Los días de ingreso hospitalario mostraron correlación con el ratio mCD64/gCD64 ($r = 0,5$, $p = 0,04$). Los días con sondaje nasogástrico se correlacionaron con gCD64 ($r = 0,5$, $p = ,03$) y %gCD64+ ($r = 0,5$, $p = 0,05$). Los pacientes con NPT mostraron mayor expresión de CD64 (%gCD64+ NPT 90 ± 14 vs No NPT 68 ± 27 , $p = 0,045$).

Conclusiones. La expresión de CD64 se correlaciona con el tiempo de ingreso, la permanencia de sondaje nasogástrico y la necesidad de nutrición parenteral. Se debe continuar el estudio con intención de confirmar estos hallazgos.

(Oral 3 minutos)

- **Correlación clínica e inmunohistoquímica de la balanitis xerótica obliterans.** Betancourth-Alvarenga JE, Vázquez Rueda F, Siu Uribe A, Escassi Gil Á, Vargas Cruz V, Sánchez Sánchez R, Ortega Salas R, Paredes Esteban RM. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. La Balanitis Xerótica Obliterans (BXO) es una enfermedad de etiología incierta, que afecta piel y mucosa de genitales en niños de cualquier edad. Su incidencia es baja (9-19%) y en adultos se considera una lesión premaligna. El objetivo de este estudio es establecer la incidencia de BXO en nuestro medio y establecer la correlación entre las características clínicas y los hallazgos inmunohistoquímicos (IHQ).

Material y métodos. Cohorte prospectiva de niños ≥ 14 años con patología prepucial sometidos a circuncisión entre 2014-2016. Análisis estadístico de las características clínicas e histológicas mediante estudio anatomopatológico (AP) e IHQ para valorar la respuesta inflamatoria (CD3, CD20), presencia de lesiones premalignas (p53, Ki67, ALK) y asociaciones microbiológicas (PAS, PPV).

Resultados. Se incluyeron 176 pacientes circuncidados con una edad media de 7 ± 3 años (rango 2-14 años). La sospecha clínica de BXO 28,4% ($n = 50$) se confirmó mediante AP en 29,5% ($n = 52$) con muy buena fuerza de concordancia interobservador ($\kappa = 0,81$; $p < 0,01$). El 63,5% ($n = 33/52$) recibieron corticoterapia como tratamiento inicial. El 7,69% (4/52) presentaron estenosis meatal requiriendo dilataciones meatales/uretrales. Los casos de BXO presentaron una respuesta mediada por linfocitos-T: CD3+ ($p < 0,01$) y correlación positiva con la sobreexpresión de p53 ($p < 0,01$).

Conclusiones. BXO es una enfermedad inflamatoria crónica mediada por linfocitos-T con una incidencia mayor a la reportada. La concordancia interobservador entre la sospecha de BXO y la confirmación AP es muy buena. La elevación de la proteína supresora de tumores (p53) en los pacientes con BXO indica un posible potencial maligno que requiere tratamiento quirúrgico (circuncisión) y un seguimiento adecuado.

(Oral 5 minutos)

- **Rendimiento diagnóstico del hemograma para divertículo de Meckel en pacientes con hemorragia digestiva baja.** Pemartín Comella B, Carazo Palacios ME, Lluna González JM, Ibáñez Pradas V, Fonseca Martín R, Vila Carbó JJ. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Objetivos. Generalmente se considera que el divertículo de Meckel es una causa de sangrado digestivo grave. Sin embargo, no se ha estudiado en profundidad cómo puede ayudar al diagnóstico de esta patología conocer el volumen de sangrado. El objetivo de este estudio es evaluar los datos del hemograma en el diagnóstico de hemorragia digestiva baja (HDB) por divertículo de Meckel.

Material y métodos. Se investigaron retrospectivamente los episodios de sangrado digestivo bajo excluyendo las

gastroenteritis y las invaginaciones intestinales. Se recogieron datos sobre la concentración de hemoglobina (Hb) en cada episodio de sangrado. Se dividieron los pacientes en dos grupos: con divertículo de Meckel confirmado tras una intervención quirúrgica (DM) y sin divertículo de Meckel (no-DM). Se estudió el rendimiento diagnóstico de la Hb y el punto de corte óptimo mediante curvas ROC (*Receiver Operator Characteristics*). Se calculó la sensibilidad, especificidad, cociente de verosimilitud positivo (LR+) y cociente de verosimilitud negativo (LR-).

Resultados. Se incluyeron en el estudio 140 pacientes: 32 del grupo DM y 108 del grupo no-DM. El área bajo la curva ROC fue de 0,91. El punto de corte óptimo de Hb para el diagnóstico de divertículo de Meckel fue de 10,1 mg/dl. Éste determinó sensibilidad = 71,9%; especificidad = 97,2%; LR+ = 25,9; LR- = 0,29.

Conclusiones. Los niveles de hemoglobina son una herramienta útil en el diagnóstico de HDB por divertículo de Meckel y pueden ayudar en el manejo de los pacientes con hemorragia digestiva.

(Oral 3 minutos)

- **Pólipo ureteral: tratamiento endourológico.** Aguilar Cuesta R, Gómez Beltrán OD, Molina Vázquez ME, Sánchez Abuín A. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid*.

Objetivos. Presentación de un caso de pólipo ureteral tratado mediante endourológica.

Material y métodos. Paciente mujer de 13 años de edad con cuadro clínico de dolor cólico y hematuria macroscópica de una semana de evolución con imagen de pólipo en tercio medio-proximal de uréter dcho en la resonancia magnética. Se realiza ureterorenoscopia flexible y resección de pólipo con fibra láser, colocando catéter ureteral tipo "Doble J" que se retira a los 15 días. Informe de Anatomía Patológica compatible con pólipo fibroso de uréter.

Resultados. La paciente evoluciona favorablemente con desaparición de los síntomas y es dada de alta.

Conclusiones. El tratamiento endourológico del pólipo ureteral es una técnica segura y efectiva y puede ser empleada como primera opción terapéutica.

(Video 3 minutos)

- **Tratamiento de un tumor vesical benigno mediante cistectomía parcial robótica.** Guillén G, Molino JA, López-Fernández S, Gander R, Pérez E, López M. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona*.

Objetivos. El tratamiento mínimamente invasivo de los tumores vesicales en niños es controvertido, con muy escasa experiencia en el uso de la robótica. Presentamos un caso clínico tratado con éxito mediante un abordaje combinado robótico y cistoscópico.

Material y métodos. Niña de 6 años de edad que presenta una masa en la pared anterior de la vejiga, transmural y cercana al cuello vesical, de 30x34x29 mm. El estudio histológico corresponde a un tumor miofibroblástico inflamatorio ALK-positivo. Recibe tratamiento con inhibidores de ALK, reduciéndose hasta los 14x10x15 mm. Se realiza tratamiento quirúrgico mediante abordaje combinado robótico (3 trócares robóticos y 1 accesorio) y cistoscópico. El *docking* robótico se hizo en posición lateral, para permitir la cistoscopia simultánea para localizar el tumor y controlar los márgenes de resección. El tumor se marcó percutáneamente con un arpón, ahorrando la colocación de un trócar extra.

Resultados. La resección quirúrgica fue completa obteniendo márgenes negativos. La paciente fue dada de alta sin complicaciones al 5º día postoperatorio, previa cistografía de control, evolucionando satisfactoriamente.

Conclusiones. Describimos uno de los primeros casos de resección robótica de una tumoración vesical en pediatría, con excelentes resultados. La combinación con cistoscopia intraoperatoria resultó una herramienta muy útil.

(Video 5 minutos)

- **Diseño de un mapa de riesgos en el proceso de apendicitis aguda en el niño.** Murcia Pascual FJ, Paredes Esteban RM, Delgado Cotán L, Berenguer García MJ, Miñarro del Moral RM, Garrido Pérez JI. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba*.

Objetivos. El mapa de riesgos es una herramienta válida que permite el conocimiento de los riesgos y daños probables en un ámbito determinado. Nuestro objetivo es la elaboración de un mapa de riesgos en el Proceso Asistencial de Apendicitis (PAA) aguda en el niño, para detectar Eventos Adversos (EAs) y adoptar medidas correctoras, minimizando el riesgo de daño en el paciente apendicectomizado.

Material y métodos. Revisión bibliográfica y constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar. Realización de 4 sesiones de trabajo y detección mediante técnica de *brainstorming* de posibles EAs que pueden aparecer durante el PAA aguda en el niño que incluye, desde la entrada en el hospital (urgencias, hospitalización, tiempo quirúrgico...) hasta el momento del alta. Se estudiaron las causas, consecuencias y priorización de los mismos en función de su gravedad, frecuencia y criticidad. Elaboración del plan de actuaciones transversales para la prevención de los EAs agrupadas y clasificadas en lotes homogéneos. Designación de responsables de cada lote para la ejecución efectiva del plan.

Resultados. 40 EAs detectados, producidos por 50 fallos y 52 causas. 178 acciones preventivas y correctoras. Planificación de la aplicación efectiva del programa, actualmente en ejecución.

Conclusiones. La elaboración de mapas de riesgos en cualquier proceso asistencial en el paciente pediátrico es una herramienta válida que permite identificar los EAs, adoptar

las medidas correctoras y obtener mejores resultados en salud. Dichas medidas son aplicables en la práctica, ya que su diseño ha sido efectuado mediante propuestas y acuerdos de los profesionales que participan directamente en dicho proceso asistencial.

(Poster presentado 1 minuto)

- **La extensión de la cavitación en la neumonía necrotizante: un factor pronóstico.** De Haro Jorge I, Palazón Bellver P, Martín Solé O, Saura García L, Julià Masip V, Tarrado Castellarnau X. *Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.*

Objetivos. Describir las características de los pacientes con neumonía necrotizante (NN) y analizar si la extensión de la cavitación en las pruebas de imagen se relaciona con un peor pronóstico.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de NN de nuestro centro entre 2009-2015. Recogimos variables demográficas, clínicas, radiológicas. Dividimos los pacientes en dos grupos. Grupo E (NN extensa): extensión > 3 cm. Grupo L (NN localizada): extensión < 3 cm o cavitación única. Comparamos los resultados entre los grupos.

Resultados. 68 pacientes. Edad media 3,7 años. 63% niños, 37% niñas. 59% por neumococo. 14 toracotomías, 57% por fístula broncopleurales. Grupo E: n = 42, Grupo L: n = 27. No hallamos diferencias significativas en la distribución de la edad (E: 3,5, L: 3,9; p = 0,684), sexo (E: niños 60%, L: niños 70%, p = 0,45), patología respiratoria previa (E: 22%, L: 32%, p = 0,4), germen (E: neumococo 67%, L: 48%, p = 0,21), vacunación (E: 74%, L: 58%, p = 0,19), días de fiebre antes de antibiótico endovenoso (E: 6,31, L: 7,44, p = 0,21) entre los grupos. Hubo diferencias significativas en el porcentaje de drenaje inefectivo (E: 70%, L: 13%, p = 0,001), fuga aérea (E: 29%, L: 4%, p = 0,012), hidroneumotórax (E: 41%, L: 8%, p = 0,005), toracotomía (E: 31%, L: 4%, p = 0,011), días de ingreso (E: 20, L: 12, p = 0,001), días de ingreso en UCI (E: 3, L: 0, p = 0,007). Entre los pacientes del grupo E, los que llevaron drenaje precisaron 13 toracotomías, los pacientes sin drenaje ninguna (56% vs 0%, p < 0,001).

Conclusiones. Las NN extensas se asocian a un mayor porcentaje de complicaciones que las localizadas. El drenaje pleural en las formas extensas se relaciona con un aumento de la necesidad de toracotomía.

(Oral 3 minutos)

- **Tratamiento endoscópico del reflujo vesicoureteral con inyección de un agente siliconado.** Rico Espiñeira C¹, Espinoza Vega M¹, Souto Romero H¹, Rodríguez de Alarcón García J², De Lucio Rodríguez M¹, Riñón Pastor C¹, Acedo Ruiz JA², Arteaga García R¹, Rodríguez de Alarcón Gómez J². ¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Hospital Universitario Sanitas La Moraleja. Madrid.

Objetivos. Describir la eficacia y complicaciones del tratamiento endoscópico del reflujo vesicoureteral (RVU) mediante inyección subureteral de macropolímero de silicona (polidimetilsiloxano).

Material y métodos. Entre los años 2007-2016 un total de 183 pacientes (94 niños y 89 niñas) y 267 unidades renales reflucentes fueron tratados de RVU (5 RVU grado I, 61 grado II, 89 grado III, 93 grado IV y 19 grado V). La media de edad fue 38,4 ± 38,1 meses. El seguimiento se realizó con ecocistografía a los 2-3 meses postoperatorios.

Resultados. La media de material inyectado en cada uréter fue 0,6 ± 0,2 ml. La tasa de éxito global fue de 75,2% en la primera inyección y 97,3% en la segunda. En los reflujos de alto grado (IV/V) la tasa de éxito fue 61% y 84% para la primera y segunda inyección, respectivamente. En este grupo, la asociación de uroterapia en 34 pacientes elevó la tasa de éxito al 93%. Se realizó una tercera inyección en 7 pacientes pero solo fue efectiva en 3. El tiempo medio de seguimiento fue de 52,4 ± 4,1 meses. Las complicaciones postoperatorias fueron disuria en 20 (8,1%) pacientes, retención urinaria aguda en 5 (2,1%), hematuria en 13 (5,4%) infección de orina en 4 (1,7%) y obstrucción ureteral en 1 paciente. Dos pacientes tuvieron recidiva de RVU de bajo grado tras 3-4 años de seguimiento.

Conclusiones. El tratamiento endoscópico con macropolímero de silicona es seguro y eficaz en el tratamiento del RVU, con baja tasa de complicaciones y recurrencias.

(Poster presentado 1 minuto)

- **Testículo no palpable, seguimiento después de un tratamiento laparoscópico.** Cárdenas Elías MÁ, Garrido Pérez JI, Murcia Pascual FJ, Betancourth-Alvarenga JE, Vargas Cruz V, Siu Uribe A, Ramnarine Sánchez S, Escassi Gil Á, Vázquez Rueda F, Paredes Esteban RM. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivos. Los testículos no descendidos afectan al recién nacido en un 2-5%, disminuyendo a los 3 meses en 1-2%. Un 20% de los testículos no descendidos corresponden a testículos no palpables (TNP). Nuestro objetivo es analizar el manejo quirúrgico y resultados después de un tratamiento laparoscópico.

Material y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo de abril-2004 a octubre-2016, de los TNP en nuestro medio analizando los resultados obtenidos después de un tratamiento laparoscópico.

Resultados. Un total de 100 pacientes (113 testículos) precisaron una laparoscopia exploradora, 13 presentaron un TNP bilateral. En el 71% del total (n = 113) se realizó una ecografía previa, observando presencia testicular en un 9% (n = 5). Nuestros hallazgos laparoscópicos fueron: 47 testes intrabdominales, que precisaron una orquidopexia según Fowler-Stephen (OFS) o una orquidopexia laparoscópica directa (OLD); 26 anorquias o ausencias testiculares; 22 restos

testiculares y 17 testis inguinales. La mediana de edad fue de 29 meses (16-102 meses). De los testículos intraabdominales (n = 47), excluimos testis con solo un 1^{er} tiempo OFS (n = 5). En un 54,8% (n = 23) se realizó una OLD, en el 33,2% (n = 14) una OFS y una exploración inguinal en un 12% (n = 5). Un 80% presentaron excelentes resultados. Las complicaciones en la OLD fueron 2 atrofas, 2 orquiectomías y 1 recidiva; en las OFS 1 atrofia, 1 orquiectomía y 1 recidiva

(p = 0,871). La media de seguimiento fue de 63 meses (4-131 meses)

Conclusiones. Actualmente el manejo quirúrgico de los testículos intraabdominales permanece controvertido. La orquidopexia laparoscópica es una técnica quirúrgica con elevada tasa de efectividad. La recidiva y atrofia testicular no dependen de la técnica laparoscópica realizada (FS/OLD).

(Oral 5 minutos)