

Comunicaciones Orales, Vídeos y Posters presentados

CIRUGÍA GENERAL 1
Jueves, 23 de mayo de 2019

- **¿Qué tengo en el cuello? Hallazgos ecográficos y quirúrgicos en tumoraciones de línea media cervical.** Domínguez-García, Cristina; González Ruiz, Yurema; Fernández Atuán, Rafael; Siles Hinojosa, Alexander; Salcedo Arroyo, Paula; Bragagnini Rodríguez, Paolo. *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivos. Evaluar la sensibilidad y especificidad de la ecografía en sospechas de quistes del conducto tirogloso (QCT) intervenidas en nuestro centro y su correlación con los hallazgos quirúrgicos.

Métodos. Estudio retrospectivo de 150 pacientes intervenidos quirúrgicamente por nódulo en línea media cervical sugestivo de QCT (2008-2018). Recogimos variables epidemiológicas y correlacionamos la imagen ecográfica con los hallazgos quirúrgicos, considerando la presencia de episodios de sobreinfección previos.

Resultados. La edad media de intervención fue 3,96 años (9 meses-12 años), siendo 69 mujeres y 81 hombres. De 150 pacientes, 110 presentaron ecografía compatible con QCT, confirmando el diagnóstico en la cirugía en 80 casos. De los 40 pacientes con ecografía no compatible con QCT, en 15 se confirmó diagnóstico de QCT. En 95 pacientes del total se identificó QCT. El resto fueron diagnosticados de quiste dermoide (49), adenopatía (4) y malformación vascular (2). Por consiguiente, la sensibilidad ecográfica fue del 84% y la especificidad del 45%, con valor predictivo positivo del 73% y valor predictivo negativo del 62%. El 62,1% (59) de los QCT tuvo episodio previo de infección, precisando drenaje quirúrgico el 16,7%. El 13,6% presentó recidiva tras técnica de Sist-trunk. No se encontró relación estadísticamente significativa entre episodios previos de infección y recidiva postquirúrgica, ni entre drenaje (espontáneo o quirúrgico) y recidiva.

Conclusiones. En nuestra experiencia, a pesar de la importancia de la ecografía para valorar tiroides eutópico en sospechas de QCT, su resultado en el estudio de quistes cer-

vicales tiene baja especificidad, debiendo primar el criterio del facultativo o complementar con otras técnicas de imagen. *(Oral 3 minutos)*

- **Utilidad de la ecografía laparoscópica intraoperatoria en la esplenectomía parcial.** Del Peral Samaniego, María P.; Rodríguez Caraballo, Lucía; Ibáñez Pradas, Vicente; Carazo Palacios, María Elena; Vila Carbó, Juan José. *Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.*

Objetivos. Describir nuestra experiencia en el uso de la ecografía laparoscópica intraoperatoria en la esplenectomía parcial por lesiones benignas.

Métodos. Revisión retrospectiva de pacientes intervenidos por lesión esplénica susceptible de esplenectomía parcial laparoscópica en los últimos 3 años. Se realizó la técnica quirúrgica habitual con 1 trocar umbilical y 3 trócares subcostales. El transductor ecográfico se utilizó a través de un puerto de 10 mm. Se recogieron variables demográficas, tipo de lesión esplénica, tiempo de hospitalización y volumen esplénico funcionante remanente.

Resultados. Se intervinieron 4pacientes en este periodo, con una mediana de edad de 13 años (10-15). Dos casos presentaban lesiones quísticas de 6 cm de diámetro (tipo 2 según la clasificación de Losanoff) y otros dos, lesiones sólidas compatibles con hemangioma de 3,5 y 6 cm de diámetro (Losanoff 2 y 3). En ningún caso era posible delimitar la lesión de visu. En los 4 pacientes se delimitó la lesión ecográficamente de forma intraoperatoria. En 3 pacientes se realizó esplenectomía parcial reglada, seccionando el parénquima esplénico con electrocauterio y manteniendo volúmenes remanentes de 24 cc, 36 cc, 102 cc. En 1paciente se realizó esplenectomía total por escaso volumen esplénico remanente. No hubo complicaciones postoperatorias inmediatas, con estancia hospitalaria mediana de 5 días (4-11). El diagnóstico anatomopatológico fue 2 quistes epidermoides y 2 hamartomas. La gammagrafía al 6º mes de seguimiento demostró parénquima remanente funcionante en los 3 casos con preservación esplénica. La mediana de seguimiento fue 10 meses (6-23).

Conclusiones. La ecografía laparoscópica intraoperatoria posibilita la esplenectomía parcial en pacientes con lesión esplénica intraparenquimatosa, preservando de forma segura el máximo volumen de parénquima sano.

(Oral 3 minutos)

- **Papel de la ecografía con contraste en el traumatismo abdominal pediátrico.** Pérez Gaspar, Mireia; Esteva Miró, Clara; Brun Lozano, Núria; Beltran Salazar, Viviana Patricia; Álvarez García, Natalia; Betancourth Alvarenga, Josué Eduardo; Santiago Martínez, Saioa; Rojo Díez, Raquel; Núñez García, Bernardo. *Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.*

Objetivos. Evaluación del uso de la ecografía con contraste en pacientes con traumatismo abdominal.

Métodos. Estudio prospectivo descriptivo de los pacientes afectos de traumatismo abdominal grado III o superior, según la escala de severidad de la Asociación Americana de Cirugía (AAST). En todos los pacientes se realizó un TC inicial, ecografía modo B antes del alta y ecografía con contraste de segunda generación (CEUS) al mes del traumatismo (dosis de contraste = 0,03 ml/kg).

Resultados. Desde enero de 2017 a diciembre de 2018 se recogieron un total de 18 pacientes (5-15 años) con traumatismo abdominal. Nueve traumatismos hepáticos, 4 esplénicos, 4 renales y 1 pancreático. De todos ellos, 4 pacientes requirieron embolización urgente por sangrado activo o pseudoaneurisma. La CEUS al mes demostró: resolución completa en 11 pacientes, 1 hematoma residual, 1 paciente con urinoma y zona desvascularizada, 1 pseudoaneurisma, 3 persistencias de laceraciones resueltas a las 2 semanas y 1 paciente con 2 quistes pancreáticos.

Conclusiones. La CEUS permite evaluar las lesiones parenquimatosas de los órganos abdominales, así como la presencia de hematomas residuales, sangrado activo, pseudoaneurismas, urinomas o zonas desvascularizadas, por lo que, puede ser una herramienta útil para el seguimiento y la monitorización del traumatismo abdominal. La ausencia de irradiación y su gran accesibilidad permiten repetirla con la frecuencia deseada; y la confirmación de la resolución posibilita una incorporación más precoz a la vida diaria. Sin embargo, no recomendamos la CEUS en el estudio inicial del traumatismo abdominal, debido a que lesiones de localizaciones profundas o de órganos pequeños pueden pasar desapercibidas.

(Oral 3 minutos)

- **Causas y resultados de la cirugía tiroidea en la edad pediátrica.** Ordóñez, Javier; Cerdá, Julio; García-Casillas, María Antonia; Pérez-Egido, Laura; Fernández-Baustista, Beatriz; de la Torre, Manuel; Molina, Esther; del Cañizo, Agustín; Fanjul, María; de Agustín, Juan Carlos. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. La cirugía tiroidea es un procedimiento poco frecuente en la edad pediátrica pero que ha aumentado su frecuencia en los últimos años. El objetivo de este estudio es analizar las causas y los resultados de estos procedimientos.

Métodos. Se diseña un estudio retrospectivo incluyendo a todos los pacientes que necesitaron cirugía tiroidea entre 2003-2018. Se recogen datos demográficos, diagnóstico, patología asociada, tipo de procedimiento quirúrgico realizado, resultados anatomopatológicos y complicaciones intra y postoperatorias.

Resultados. Se incluyen 39 pacientes con una edad media en el momento de la cirugía de 106 ± 55 meses. El diagnóstico más frecuente fue síndrome MEN (24 MEN 2A y 1 MEN 2B), seguido de carcinoma papilar de tiroides (5), bocio multinodular (3), adenoma folicular (2), carcinoma folicular (1), carcinoma papilar del conducto tirogloso (1), adenoma tiroideo (1), y síndrome de Graves-Basedow (1). Se realizaron 34 tiroidectomías totales (el 70% (24) fueron profilácticas) y 4 hemitiroidectomías; siendo necesario completar con lifadenectomía en 9 pacientes. No se presentaron complicaciones intraoperatorias. La estancia media postoperatoria fue de $1,3 \pm 0,6$ días. Ningún paciente presentó lesión del nervio laríngeo recurrente ni hipoparatiroidismo. Los resultados anatomopatológicos de las tiroidectomías profilácticas fueron: 14 hiperplasias de células C sin atipias, 4 con atipia celular, 3 microcarcinomas y 3 sin alteraciones.

Conclusiones. La cirugía tiroidea en la edad pediátrica es un procedimiento seguro en manos de equipos especializados. Aunque sigue siendo un procedimiento poco habitual, su frecuencia está aumentando debido al diagnóstico precoz del síndrome MEN 2.

(Oral 3 minutos)

- **¿Influye la experiencia del residente en los resultados de la apendicectomía?** Muñoz-Serrano, Antonio Jesús; Delgado-Miguel, Carlos; Velayos, María; Estefanía, Karla; Barrena, Saturnino; Núñez, Vanesa; Bueno, Alba; Martínez, Leopoldo; López Santamaría, Manuel. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. La apendicetomía es una de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente empleado por el cirujano pediátrico, siendo una de las primeras técnicas realizadas por los residentes como cirujano principal en hospitales con formación MIR. El objetivo es estudiar la influencia de la experiencia del residente en los resultados de la apendicetomía.

Métodos. Se realizó un estudio observacional retrospectivo en pacientes apendicetomizados entre 2017-2018, dividiéndose en función de la categoría del cirujano principal: residente de primer año (R1), segundo año (R2), tercer año (R3), cuarto año (R4), quinto año (R5) o adjunto. Se analizaron variables demográficas, clínicas, tipo de apendicitis, estancia hospitalaria, tiempo quirúrgico, abordaje empleado y complicaciones postoperatorias.

Resultados. Con un total de 592 pacientes, se observó que el 98,4% de las apendicectomías fueron realizadas por residentes, siendo similar la distribución de apendicitis complicadas entre los distintos grupos ($p=0,06$). No se observaron diferencias significativas en la media de tiempo quirúrgico (rango: 43 ± 18 a 48 ± 22 min; $p=0,21$) ni en el porcentaje de complicaciones postoperatorias (rango: 8,1% a 16,4%; $p=0,28$); siendo la estancia hospitalaria similar entre grupos (rango: $3,4 \pm 3,1$ a $4,0 \pm 3,5$; $p=0,56$). Se vieron diferencias en la proporción de apendicectomías laparoscópicas según el año de residencia, tendiendo al aumento de R2 a R5 (16,3% vs. 45,2%; $p<0,01$) sin diferencias en la tasa de reconversión a AA ($p=0,85$).

Conclusiones. Con adecuada supervisión, el año de residencia no influye en los resultados de la apendicetomía, reforzando esto la necesidad involucrar al residente desde los primeros años de formación tanto en cirugía abierta como mínimamente invasiva.

(Oral 3 minutos)

- **Sinus pilonidal durante la adolescencia: ¿existe el abordaje quirúrgico ideal?** Siles Hinojosa, Alexander¹; Roldón Golet, Marta²; González Ruiz, Yurema¹; Bragagnini Rodríguez, Paolo¹; Goded Broto, Ignacio¹; Escartín Villacampa, Ricardo¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital San Jorge, Huesca.

Objetivos. El objetivo de nuestro estudio es comparar la técnica quirúrgica de exéresis en bloque con cicatrización por segunda intención (EB) y la escisión con cierre primario según la técnica de Karydakís (TK) en población adolescente para el tratamiento quirúrgico del sinus pilonidal.

Métodos. Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico en pacientes en edad adolescente (11-18 años), con diagnóstico de sinus pilonidal e intervenidos entre 2011-2017, divididos en 2 grupos: TK (cirujanos pediátricos) y EB (cirujanos generales).

Resultados. 61 pacientes (TK: 26 pacientes y EB: 35 pacientes). El tiempo medio (días) de recuperación total fue significativamente más corto en el grupo TK (37,77 TK vs 107,76 EB, $p<0,001$). En cuanto a las complicaciones postoperatorias, no se encontraron diferencias respecto a la tasa de complicaciones global (53,8% TK vs 40% EB). Sin embargo, se demuestran diferencias en el sangrado postquirúrgico (0% TK vs 25,7% EB, $p=0,005$), aparición de seroma (23,1% TK vs 0% EB, $p=0,003$) y dehiscencia de herida quirúrgica (42,3% TK vs 8,6% EB, $p=0,002$). La tasa de recurrencia ha sido menor en el grupo de Karydakís respecto al grupo de exéresis en bloque (4% vs 28,6%, $p=0,015$).

Conclusiones. Ambas técnicas quirúrgicas son válidas y seguras, pero en nuestro estudio la técnica de Karydakís para el tratamiento quirúrgico del sinus pilonidal en población adolescente se ha mostrado superior en términos de sangrado

postquirúrgico, recurrencia de la enfermedad y tiempo de recuperación total. Por ello, la técnica quirúrgica de Karydakís puede tratarse de una alternativa superior a la exéresis en bloque para el tratamiento de la enfermedad pilonidal.

(Oral 3 minutos)

- **Cierre secuencial diferido de la pared abdominal, bajo control ecográfico inmediato, en el trasplante hepático pediátrico.** Molino Gahete, José Andrés; Quintero, Jesús; Juampérez, Javier; Coma, Anna; Riera, Luis; Riaza, Lucia; Junio, Ecaterina; Ortega, Juan; Charco, Ramón. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. El cierre primario de la pared abdominal tras el trasplante hepático pediátrico (THP) no siempre es posible, no solo debido a la discrepancia de tamaño entre injerto y receptor, sino también a la acomodación del injerto y la repercusión vascular que le pueda ocasionar. Nuestro objetivo es reportar nuestra experiencia con el cierre secuencial diferido (CSD) bajo control ecográfico inmediato en el THP.

Métodos. Estudio retrospectivo desde 2013 a 2018 de los pacientes con THP en los que se realizó un CSD.

Resultados. Se realizaron 22 CSD en 78 THP (35,5%), con un peso medio de 9,9 kg (rango 3,1-26 kg), 4 pacientes pesaban menos de 5 kg. La enfermedad de base más frecuente fue la metabolopatía (36,4%) seguida de la atresia de vías biliares (31,8%). Se realizaron 6 trasplantes con injerto completo (27,3%), 8 donantes vivos (36,4%), 3 splits (13,6%) y 5 reducidos (22,7%). El tiempo medio hasta el cierre definitivo fue de 7 días y la media de aproximaciones 4 (rango 2-10). Un paciente presentó alteración del flujo arterial durante la aproximación que se recuperó al liberar la malla. En 3 pacientes se detectó una disminución del flujo portal durante el cierre definitivo por lo que se realizó el cierre musculoaponeurótico con dermis porcina acelular. No se detectaron más complicaciones derivadas del cierre.

Conclusiones. El cierre secuencial diferido bajo control ecográfico es una técnica sencilla y segura para garantizar la correcta evolución inicial del trasplante hepático pediátrico en los casos en que se pueda ver afectada la perfusión del injerto.

(Oral 5 minutos)

- **Ingesta de cuerpos magnéticos en la edad pediátrica. Localización y extracción endoscópica con ayuda de un imán.** Pérez Egado, Laura; Bada Bosch, Isabel; Parente, Alberto; Fernandez Bautista, Beatriz; De La Torre, Manuel; Ordóñez Pereira, Javier; Cerdá, Julio; García-Casillas, María Antonia; Del Cañizo, Agustín; Fanjul, María; De Agustín, Juan Carlos. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. La ingesta accidental de más de un imán puede producir complicaciones graves relacionada con la necrosis

de los tejidos interpuestos entre los imanes adheridos entre sí. Los protocolos actuales recomiendan la extracción endoscópica, en vez del abandono y su salida con el tránsito intestinal habitual. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de una ingesta de dos imanes y la técnica endoscópica de extracción.

Métodos. Niño de 11 años que acude a urgencias tras ingesta voluntaria de dos imanes de manera consecutiva. El paciente se encuentra asintomático y con un exploración normal. En la radiografía de abdomen se identifican dos cuerpos extraños radioopacos de 2,7 mm cada uno, aparentemente unidos, en cámara gástrica. De acuerdo con nuestro protocolo, se decide exploración endoscópica urgente en quirófano.

Resultados. Se realiza endoscopia bajo anestesia general en quirófano. Debido al pequeño tamaño de los imanes y a la presencia de contenido gástrico, se coloca encima de la pared abdominal a nivel gástrico un imán de neodimio para facilitar la localización de los cuerpos extraños. En la endoscopia se observan dos pequeños imanes localizados y fijados, en cara anterior del estomago. Una vez localizados se retira el imán externo y se procede a su extracción con cesta.

Conclusiones. Ante la presencia de más de un cuerpo extraño magnético en cámara gástrica es recomendable su extracción. La colocación de un imán en la pared abdominal facilita su localización, fijación y extracción endoscópica.

(Póster presentado)

NEONATAL, ONCOLOGÍA, CALIDAD,
BIOÉTICA Y GESTIÓN
Jueves, 23 de mayo de 2019

- **Efecto de la alimentación por sonda transpilórica en neonatos afectados de hernia diafragmática congénita izquierda.** Prat, Jordi¹; Herranz, Ana²; Pertierra, Africa¹; Clotet, Jordi¹; De Haro, Irene¹; Muñoz, Elena¹; Iglesias, Isabel¹. ¹Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. ²Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, Barcelona.

Objetivos. Hemos elaborado un modelo de regresión lineal para determinar qué variables determinan el tiempo hasta conseguir una alimentación enteral completa (AEC) en neonatos afectados de HDC izquierda. El tipo de sonda de alimentación (STP vs sonda gástrica), es el único que depende de nosotros. Los otros parámetros incluidos son: gravedad de la HDC y el tipo de defecto diafragmático. Pretendemos conocer qué pacientes se benefician más de una STP.

Métodos. Revisión de las HDC izquierdas entre 2007-2014. A partir de nuestro modelo de regresión lineal, hemos estratificado los pacientes con HDC izquierda en función de su gravedad clínica (medida según el Score clínico de la CDH Study Group y uno propio) y valorado cómo influye el haber colocado una STP hasta conseguir la AEC.

Resultados. La siguiente tabla resume los resultados:

Beneficio de STP según gravedad clínica		
	Media de días en que se reduce llegar a AEC IC 95%	Valor de p
Global	-6,41 (-11,08; -1,74)	0,008
Leve	-5,0 (-12,71; 2,7)	0,196
Moderada	-6,22 (-13,4; 0,98)	0,085
Severa-extrema	-10,97 (-20,16; -1,78)	0,008
Beneficio de STP según Clinical Score CDH Study Group		
	Media de días en que se reduce llegar a AEC IC 95%	Valor de p
Global	-6,97 (-12,03; -1,90)	0,08
Leve	-4,2 (-12,28; -3,86)	0,296
Moderado	-6,81 (-17,03; 3,4)	0,186
Severo	-12,08 (-20,8; -3,35)	0,01

Conclusiones. Los neonatos con una HDC izquierda más grave son los que obtienen mayor beneficio de la colocación de una STP en el momento de efectuar la reparación de su HDC. (Oral 5 minutos)

- **Empleo de scanner e impresión 3D para creación de dispositivo de compresión dinámica del onfalocele gigante (DCDOG) para recuperar el domicilio toracoabdominal.** Cadaval Gallardo, Carlos¹; Toselli, Luzia²; Millán, Carolina²; Martínez Ferro, Marcelo². ¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Fundación Hospitalaria Buenos Aires.

Objetivos. Un avance reciente en materia de innovación médica es el desarrollo de la tecnología 3D para creación de modelos físicos anatómicos. Desde el 2015, utilizamos la reconstrucción 3D para crear dispositivos de remodelación torácica en el *pectus carinatum*. En esta oportunidad, reportamos la aplicación de esta tecnología en el desarrollo de un dispositivo de compresión dinámica de onfalocele gigante (DCDOG) en pacientes a quienes no se les pudo realizar cierre primario.

Métodos. Revisión retrospectiva de la aplicación de tecnología 3D para confección de DCDOG para pacientes que no pudieron ser cerrados de forma primaria durante los años 2015-2019 en nuestro centro. Mediante fotografías, biometría y escaneo 3D del paciente, se crea un modelo virtual o *ex vivo* sobre el cual, mediante impresión 3D, se confecciona el dispositivo perfectamente adaptado a sus medidas. Dicho dispositivo es reemplazado total o parcialmente conforme a la reducción del onfalocele, según el crecimiento del paciente.

Resultados. La utilización periódica y progresiva del DCDOG logró el ensanchamiento del tórax inferior y abdomen superior en 4 pacientes, a diferencia de lo que permite la compresión concéntrica clásica, que restringe el crecimiento

de tórax y abdomen. De nuestra casuística, 2 pacientes pudieron ya ser cerrados en una sola intervención, sin tensión y sin interposición de malla.

Conclusiones. La tecnología 3D complementa la planificación y diseño de dispositivos adaptados a la fisonomía de pacientes con defectos anatómicos complejos.

(Oral 5 minutos)

- **Seguridad en el uso de dispositivos de acceso venoso central en los pacientes con drepanocitosis y talasemia mayor.** Ordóñez, Javier; del Cañizo, Agustín; Cela, Elena; Pérez-Egido, Laura; Fernández-Bautista, Beatriz; de la Torre, Manuel; Bada, Isabel; García-Casillas, María Antonia; Fanjul, María; Cerdá, Julio; Peláez, David; Molina, Esther; García, Marina; de Agustín, Juan Carlos. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. Los niños con drepanocitosis o talasemia mayor son candidatos a la colocación de dispositivos de acceso venoso central (DAVC), aunque en la actualidad no existen estudios que evalúen el riesgo de aparición de complicaciones asociadas a catéter (CAC) en este grupo de patologías. El objetivo de este estudio es analizar este riesgo de CAC en comparación con pacientes oncológicos.

Métodos. Se diseña un estudio retrospectivo de casos (pacientes con drepanocitosis o talasemia mayor) y controles (pacientes oncológicos) incluyendo a los pacientes con DAVC que necesitaron trasplante de médula ósea entre 2014-2018. Se analiza el número y tipo de CAC, así como la necesidad de retirada precoz.

Resultados. Se registran 29 pacientes con 61 DAVC en el grupo de casos (30 catéteres centrales con reservorio subcutáneo (CCRS), 31 catéteres centrales tunelizados (CCT)), y 31 pacientes con 86 DAVC en el grupo control (44 CCRS y 42 CCT). No se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a número de complicaciones tromboticas (6,8% en el grupo de casos vs 3,6% en el grupo control, $p=0,38$), infecciones asociadas a catéter central (24,6% en el grupo de casos vs 25,6% en el control, $p=0,89$), disfunción mecánica (18,0% en los casos vs 19,8% en controles, $p=0,79$), ni en necesidad de retirada precoz del dispositivo (34,4% en casos vs 29,0% en controles ($p=0,49$) debido a cualquier CAC.

Conclusiones. Según los resultados de nuestro estudio, el uso de DAVC es seguro en los pacientes con drepanocitosis o talasemia mayor, sin que conlleve un aumento en la aparición de las CAC.

(Oral 5 minutos)

- **Uso de grapadora de 5 milímetros en cirugía abdominal neonatal: análisis de nuestra experiencia.** Redondo Sedano, Jesús Vicente¹; Aneiros Castro, Belén²; Melero Guardia, Leonor¹; Martín Alelu, Rubén¹; Merino Mateo, Lara¹; García Vázquez, Araceli¹; Cano Novillo, Indalecio¹;

Benavent Gordo, María Isabel¹; Gómez Fraile, Andrés¹; González Piñera, Jerónimo³. ¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo. ³Hospital de Alicante.

Objetivos. Presentar la experiencia de nuestro centro en el uso de grapadora de 5 milímetros (mm) en la cirugía abdominal realizada en neonatos y lactantes.

Métodos. Análisis descriptivo y retrospectivo de los pacientes en cuya intervención se ha usado grapadora de 5 mm para la realización de anastomosis intestinales. Las variables estudiadas incluyen características demográficas de los pacientes, indicaciones de uso y limitaciones encontradas para su utilización en neonatos y lactantes.

Resultados. La muestra incluye 6 pacientes en los que se ha usado la grapadora, con un total de 7 procedimientos. La principal indicación ha sido la reconstrucción del tránsito intestinal durante el cierre de ileostomía (4 casos; 66,7%). La edad mediana de intervención ha sido de 41 días (31-123 días). No se han objetivado complicaciones inmediatas derivadas del uso de la grapadora. La mediana de tiempo de seguimiento ha sido de 30 meses (1-35,5 meses).

Conclusiones. El uso de grapadora de 5 mm se muestra como una alternativa segura para la realización de anastomosis intestinales en pacientes neonatales, favoreciendo la reducción del tiempo quirúrgico. En nuestra experiencia, la principal limitación para su uso ha venido dada en el intento de corte y grapado de secciones muy gruesas de tejido, en las que se ha objetivado fallo del mecanismo de grapado, sin deterioro de los tejidos que intentaban unirse.

(Oral 3 minutos)

- **Refeeding: evitando las complicaciones asociadas a derivaciones intestinales altas.** Carrera Guermeur, Noela¹; Martín-Crespo Izquierdo¹, Rosa María; Maruszewski, Przemyslaw¹; Ramírez Velandia, Hilda Josefa¹; Escobar Izquierdo, Ana Belén²; Luque Mialdea, Rafael¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. ²Unidad de Neonatología, Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.

Objetivos. Presentar nuestra experiencia en el uso del refeeding (reutilización del efluente de un estoma proximal introduciéndolo en el distal), en pacientes con derivaciones intestinales altas, con síndrome de intestino corto funcional.

Métodos. Estudio retrospectivo desde el inicio de nuestro servicio en 2004 hasta la actualidad, presentando una serie de 5 casos y 10 controles históricos, comparando los días de ingreso, de nutrición parenteral y las complicaciones asociadas al refeeding y al cierre de la derivación.

Resultados. Revisamos 50 pacientes con derivaciones intestinales realizadas por enterocolitis necrotizante ($n=32$), peritonitis meconial ($n=10$), atresia intestinal ($n=5$), fleo meconial ($n=1$), vólvulo intestinal ($n=1$) y estenosis intestinal ($n=1$).

De todas las derivaciones, 17 eran altas (en íleon medio o más proximales). Se realizó refeeding (R) en 5 pacientes previo al cierre, y cierre precoz sin refeeding (NR) en 10. En el grupo R, la media de días de ingreso fue 97, de días de nutrición parenteral 68, hubo dos casos de sepsis a catéter y ninguna complicación. En el grupo NR el ingreso medio fue de 109 días, la duración de nutrición parenteral 72 días, hubo 4 sepsis a catéter y 3 complicaciones intestinales postoperatorias.

Conclusiones. El refeeding resulta una alternativa nutricional segura y eficaz frente a la nutrición parenteral, disminuyendo las complicaciones asociadas a los accesos venosos centrales y a la nutrición parenteral y mejorando el trofismo intestinal de cara a minimizar las complicaciones intestinales de estos pacientes.

(Oral 3 minutos)

- **Cirugía conservadora de parénquima en tumores testiculares.** Ibarra Rodríguez, María Rosa; Murcia Pascual, Francisco Javier; Vázquez Rueda, Fernando; De Lucio Rodríguez, Marta; Siu Uribe, Ariadna; Ramnarine Sánchez, Sharmila Devi; Escassi Gil, Álvaro; Paredes Esteban, Rosa María. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivos. La orquiectomía ha sido la técnica quirúrgica más empleada en tumores testiculares (TT), sin embargo, en función del tamaño del tumor, marcadores tumorales e histología, se puede considerar la tumorectomía, ya que la mayoría corresponde a tumores benignos. Presentamos nuestra experiencia en cirugía conservadora, en dichos pacientes.

Métodos. Estudio retrospectivo de 21 casos de TT en 19 pacientes menores de 14 años, tratados en nuestro centro entre 1998-2018. Analizamos las siguientes variables: edad, lateralidad, tipo histológico, evolución, existencia o no de recidivas, seguimiento ecográfico y analítico. Revisamos la actitud terapéutica empleada con énfasis en la posibilidad de preservación testicular en pacientes seleccionados. Evaluamos los resultados.

Resultados. Se realizó cirugía conservadora en 9 casos de TT tratados que correspondían a 7 pacientes (2 bilaterales). La edad media de presentación fue de 6 años (0-13 años). El 86% de los casos debutaron como masa escrotal asintomática. No existieron diferencias significativas en cuanto a lateralidad. Los marcadores tumorales fueron negativos antes y después de la intervención, salvo en un paciente con alfafetoproteína elevada, normalizada en el postoperatorio. El estudio histológico diagnóstica 4TT estromales (tres de células de Leydig y uno bilateral de células de Sertoli) y 2 TT de células germinales (quiste epidermoide bilateral). Evolución favorable en todos ellos, sin recidivas clínicas ni ecográficas.

Conclusiones. La cirugía conservadora del parénquima testicular, mediante tumorectomía, puede ser la primera opción terapéutica, sobre todo en tumores benignos y en pacientes seleccionados con tumores bilaterales, con el objetivo de preservar la función hormonal y reproductora futura.

(Oral 3 minutos)

- **La trasposición ovárica como técnica de preservación de la fertilidad en edad pediátrica: 10 años de experiencia en un centro pediátrico de tercer nivel.** Marco-Macián, Alfredo; Andrés, Mara; Bordallo Vázquez, María; Cortés Sáez, Jorge; Costa-Roig, Adrià; del Peral Samaniego, María; Gómez-Chacón, Javier; Vila Carbó, Juan José. *Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.*

Objetivos. La trasposición ovárica (TO) es una técnica quirúrgica que permite alejar los ovarios de la zona de irradiación en pacientes que van a recibir radioterapia abdominal o pélvica. Se han descrito buenas tasas de conservación de función, sin embargo, no existen estudios en pacientes pediátricos. Presentamos nuestra serie de pacientes intervenidas en nuestro centro.

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes a las que se le realizó TO en nuestra unidad de cirugía oncológica pediátrica entre los años 2008 y 2018. La técnica empleada dependió de la edad, la zona de la irradiación y de la asociación o no con la cirugía del tumor primario.

Resultados. Durante el periodo de estudio se realizaron un total de 23 TO en 16 pacientes (9 bilaterales, 4 izquierdas y 1 derecha). En todos los casos se realizó criopreservación de corteza ovárica dentro del programa de preservación de fertilidad. Trece de las 16 intervenciones fueron por laparoscopia seccionándose el ligamento tuboovárico en 15 unidades, en una unidad ovárica la trompa y en 7 se realizó TO simple. La estancia hospitalaria media fue de 2,66 días sin registrarse ninguna complicación en el postoperatorio. Actualmente 14 pacientes siguen seguimiento en sus unidades de oncología pediátrica de referencia sin haberse notificado ninguna complicación.

Conclusiones. La TO es una técnica segura y reproducible. Estas pacientes requieren de un seguimiento prolongado para conocer el estado de los ovarios tras el tratamiento oncológico.

(Oral 3 minutos)

- **Técnica de tracción secuencial intratorácica para la atresia de esófago long gap. Descripción de tres casos y de la técnica quirúrgica.** Fernández Bautista, Beatriz; De Agustín, Juan Carlos; García-Casillas, María Antonia; Peláez, David; Fanjul, María; De la Torre, Manuel; Ordóñez, Javier; Cañizo, Agustín; Pérez Egido, Laura; Cerdá, Julio. *Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. La atresia esofágica long gap se define por la imposibilidad para realizar una anastomosis primaria al nacimiento. Proponemos una cirugía de tracción progresiva por toracoscopia a intervalos de 5-7 días.

Métodos. Presentamos un vídeo que muestra la técnica quirúrgica de tracción de los cabos esofágicos mediante un abordaje toracoscópico. En decúbito prono se realiza tora-

coscopia derecha con dos puertos de 3 mm y uno de 5 mm. Utilizamos suturas deslizantes no reabsorbibles para la tracción y clips para prevenir el desgarramiento esofágico. Se realizaron toracoscopias seriadas cada 5-7 días hasta poder realizar la anastomosis esofágica.

Resultados. Presentamos una serie de 3 pacientes, dos atresias tipo I (33 y 36 semanas de gestación, 1.300 y 3.200 g) y un tipo III (32 semanas, 1.370 g). Hemos sido capaces de reconstruir el esófago en un período de 1 a 3 semanas después del nacimiento sin complicaciones. La anastomosis solo se realizó cuando los cabos esofágicos no mostraban tensión. Los resultados clínicos fueron satisfactorios pues se evitó la gastrostomía en los pacientes con atresia esofágica pura y se inició la alimentación a los 7 días de realizar la anastomosis. Se requirieron 3 dilataciones esofágicas en el paciente de la atresia tipo III y 2 dilataciones en uno de los pacientes de la atresia tipo I.

Conclusiones. La mejor visualización de las estructuras torácicas mediante la toracoscopia, ha facilitando una cirugía en etapas de manera programada para obtener el alargamiento esofágico progresivo, pudiendo realizar una anastomosis segura y permitiendo el inicio de nutrición enteral precoz.

(Video 3 minutos)

- **Canalización de catéteres centrales complejos en la sala de hemodinámica.** Fernández Bautista, Beatriz; Del Cañizo, Agustín; Cerdá, Julio; Zunzunegui, José Luis; De la Torre, Manuel; Ordóñez, Javier; Bada, Isabel; Pérez Egidio, Laura; Fanjul, María; García-Casillas, María Antonia; Peláez, David; Molina, Esther; De Agustín, Juan Carlos. *Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. La canalización de catéteres centrales puede llegar a ser un procedimiento complejo en pacientes pediátricos con trombosis vasculares o cardiopatías congénitas, tras la canalización de múltiples accesos centrales previos o en pacientes de bajo peso que requieren catéteres de gran calibre. En estos casos la sala de hemodinámica permite la realización de un mapa vascular y la inserción con control radioscópico.

Métodos. Realizamos un estudio retrospectivo de los tipos de catéteres y procedimientos realizados en nuestro hospital entre 2016 y 2018, y mostramos vídeos en 3 procedimientos de los más complejos.

Resultados. Se implantaron un total de 134 catéteres vasculares, 33 fueron catéteres tunelizados, 17 reservorios simples y 3 de doble luz, y 81 vías centrales de calibres entre 4-12 Fr (pacientes entre 3 meses y 15 años). Para ello se canalizó la vía yugular en el 40%, subclavia en el 35%, femoral en el 15%, vía transhepática en el 7% y cateterización de una vena colateral en el 3%. 67 pacientes precisaron dilatación hidrostática o prótesis vascular. Mostramos las imágenes de un catéter tunelizado mediante acceso transhepático, otro a través de una vena colateral femoral en paciente con trombosis vascular generalizada y la implantación de un reservorio vascular

a través de una prótesis en cava superior de una paciente con sarcoma de Ewing con infiltración de grandes vasos.

Conclusiones. La utilización de la sala de hemodinámica para la canalización de catéteres centrales complejos en niños es una alternativa segura que ofrece mayores recursos a problemas frecuentes en pacientes cardiopatas y oncológicos.

(Video 3 minutos)

- **Tratamiento del onfalocele gigante con saco roto mediante matriz acelular dérmica de origen bovino: análisis de un caso.** Redondo Sedano, Jesús Vicente; Martín Alelu, Rubén; Melero Guardia, Leonor; Merino Mateo, Lara; López Díaz, María; García Vázquez, Araceli; Cano Novillo, Indalecio; Benavent Gordo, María Isabel; Gómez Fraile, Andrés. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Presentar la evolución del tratamiento de un paciente afecto de onfalocele gigante con saco roto, mediante el cierre del defecto con una malla biológica tipo matriz acelular dérmica (MAD) de origen bovino.

Métodos. Análisis retrospectivo del caso a presentar, con recogida de material fotográfico desde la colocación de la malla. Revisión de la bibliografía al respecto, centrada en el uso de este tipo de prótesis.

Resultados. Recién nacido a término con diagnóstico prenatal de onfalocele gigante, que presenta rotura de saco durante la cesárea. Debido a la importante desproporción víscero-abdominal se decide manejo conservador mediante ampliación del defecto y colocación de silo que se recambia a los 7 días por malla tipo MAD de origen bovino. El cuidado de la malla incluyó tratamiento con terapia de vacío durante los primeros días tras el implante, y curas con neomicina tópica posteriormente. A los 2 meses se objetivó el inicio de la degradación de la matriz y su sustitución por tejido de granulación que cubrió progresivamente el defecto, y que se epitelizó posteriormente mediante curas con povidona yodada. El tiempo de evolución ha sido de 8 meses, manteniéndose asintomático el paciente desde el punto de vista digestivo.

Conclusiones. El implante de una malla tipo MAD de origen bovino ha constituido un tratamiento satisfactorio en la evolución de un paciente con onfalocele gigante y saco roto. Debido a los pocos casos publicados, es necesario determinar cuáles son los cuidados más adecuados de la malla que permitan acelerar el proceso de granulación.

(Póster presentado)

- **Hepatoblastoma epitelial fetal asociado a mutación STXBP1. A propósito de un caso.** Delgado-Miguel, Carlos; Muñoz-Serrano, Antonio Jesús; Andrés Moreno, Ane; Nava, Borja; Álvarez, María; Jiménez, Javier; Hernández Oliveros, Francisco; López Santamaría, Manuel. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. El hepatoblastoma es el tumor primario hepático más frecuente en la población pediátrica, aunque su patogenia, mecanismos genéticos y moleculares son, por el momento, desconocidos. Presentamos el caso de una paciente con mutación en el gen STXBP1 (syntaxin binding protein-1) que desarrolló un hepatoblastoma, asociación no descrita hasta ahora en la literatura.

Métodos. Paciente mujer de 3 años de edad con antecedente de encefalopatía epiléptica infantil temprana por mutación STXBP1, en tratamiento con levetiracetam, oxcarbacepina y topiramato, observándose hipercalcemia asociada en los controles analíticos. Durante el estudio de hipercalcemia se realiza una ecografía abdominal donde se identifica una lesión ocupante de espacio en el lóbulo hepático derecho. Se realiza una resonancia magnética donde se describe una masa sólida bien definida de gran tamaño (7,5 x 7,3 x 6 cm), que afecta a los segmentos VII y VIII, estando en contacto con los segmentos V y VI sin llegar a invadirlos (PRETEXT I-II). Se realiza biopsia hepática percutánea con diagnóstico histológico de hepatoblastoma epitelial fetal maduro.

Resultados. Tras descartar la presencia de otras lesiones en el estudio de extensión, se realiza de forma programada una hemihepatectomía derecha con evolución postoperatoria favorable, siendo dada de alta a los 10 días tras la intervención. Posteriormente inicia tratamiento adyuvante con tres ciclos de cisplatino, permaneciendo libre de enfermedad tras 8 meses de seguimiento.

Conclusiones. Se describe el primer caso de hepatoblastoma epitelial fetal en un paciente con mutación STXBP1. Son necesarios más estudios para clarificar los mecanismos genéticos que contribuyen al desarrollo de este tipo de tumor. (Póster presentado)

- **Absceso perianal de mala evolución: ¿puede que haya algo más?** Massaguer Bardají, Clara; Moraleda Gudayol, Inés; Martín Lluís, Alba; Krauel Giménez-Salinas, Lucas. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

Objetivos. Presentamos un caso inicialmente orientado como absceso perianal que resultó ser un rhabdomyosarcoma embrionario.

Caso clínico. Paciente varón de 12 años sin antecedentes que acude a urgencias por absceso perianal de un mes de evolución. Niega mejoría clínica a pesar de desbridamiento en dos ocasiones y antibioterapia oral y endovenosa con amoxicilina/ácido clavulánico. Refiere afectación importante por el dolor, así como pérdida de peso significativa. También explica diarrea en las últimas semanas. En el examen físico se evidencia una zona indurada no fluctuante de 10 cm a las 9 horas en posición de litotomía, sin signos de celulitis. Se realiza tomografía computerizada, que informa de gran masa pélvica compatible con rhabdomyosarcoma con múltiples metástasis (mediastínicas, pulmonares, retroperitoneales, peritoneales, subcutáneas e inguinales). En la analítica sanguínea

destaca lactato deshidrogenasa de 5.905 UI/L y velocidad de sedimentación globular de 24 mm. Se toman biopsias, con diagnóstico peroperatorio de rhabdomyosarcoma, biopsias de médula ósea y se coloca dispositivo vascular de acceso central con reservorio. El estudio radiológico se amplía con resonancia magnética nuclear, encontrando además metástasis óseas. El paciente inicia tratamiento quimioterápico y 2 semanas más tarde, se observa disminución del tamaño de las metástasis y del tumor primario en tomografía computerizada con emisión de positrones de control.

Conclusiones. Ante un absceso perianal de evolución tórpida, es recomendable realizar una prueba de imagen para caracterizar la lesión y descartar un proceso subyacente, como un tumor maligno.

(Póster presentado)

- **¿Supone una ventaja la sedación en urgencias para procedimientos quirúrgicos?** Sanchís Blanco, Georgina; Soriano Arola, Marta; Muñoz Miguelsanz, María de los Ángeles; Montalvo Ávalos, Cristina; Fernández Ansorena, Ana; Marhuenda Irastorza, Claudia. *Hospital Universitari Son Espases. Palma.*

Objetivos. La implementación de sedoanalgesia en la Unidad de Urgencias Pediátricas (UUP) permite realizar procedimientos sencillos, sin dolor, fuera del área quirúrgica. Esto mejora la calidad asistencial al agilizarse el tratamiento de los pacientes y disminuir los costes. El objetivo es evaluar cuáles son los actos quirúrgicos realizados con más frecuencia en UUP, la seguridad y eficacia de las sedaciones y el ahorro económico que supone.

Métodos. Estudiamos prospectivamente los pacientes sedoanalgesados en UUP para la actividad de Cirugía Pediátrica (CPE) durante 2017 y 2018. Revisamos el procedimiento realizado, la medicación utilizada, los efectos adversos y la estancia hospitalaria.

Resultados. De las 604 sedaciones realizadas, 116 correspondían a pacientes de CPE (19%). Cincuenta y ocho casos fueron curas de quemaduras, se suturaron heridas en 32 pacientes, en 11 casos se realizó drenaje de absceso y otros procedimientos en los 15 pacientes restantes. La medicación más utilizada fue ketamina + midazolam ev. (46%). El procedimiento siempre duró menos de 60 minutos y fue completamente eficaz en el 75% de los casos. No se registró ninguna complicación grave. El 84% de los pacientes fue dado de alta en menos de 13 horas, y solo requirieron ingreso 11 pacientes para completar el tratamiento. El no utilizar el quirófano supuso un ahorro de 65.540 €; la ausencia de ingreso hospitalario un ahorro de 89.992 €; en total, un ahorro de 77.766 €/año.

Conclusiones. La sedoanalgesia en UUP permite realizar procedimientos quirúrgicos cortos sin dolor, de forma segura y eficaz, mejorando la calidad y disminuyendo el coste económico asistencial.

(Oral 3 minutos)

- **Implementación de recomendaciones “NO HACER” en un servicio de Cirugía Pediátrica.** Montero García, Jacobo; Galvañ Félix, Yaiza; Hernández Díaz, Carlos; Ortega Escudero, Marta; Ruiz Hierro, Cristina; Muguerza Vellibre, Rosa; Gutiérrez Dueñas, José Manuel. *Hospital Universitario de Burgos*.

Objetivos. Disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias que se emplean de forma rutinaria mediante la implementación de recomendaciones “NO HACER”. Se entiende por procedimiento innecesario aquel que no ha demostrado eficacia, tiene efectividad escasa o dudosa, no es coste-efectivo o no es prioritario. El Ministerio de Sanidad en 2013 elaboró con las Sociedades Científicas el Proyecto Compromiso por la Calidad con el fin de acordar recomendaciones “NO HACER” basadas en la evidencia científica.

Métodos. Estudio prospectivo de serie de casos clínicos durante el período 2017-2018 en los que se protocolizaron dos recomendaciones “NO HACER”. 1ª No realizar estudios de laboratorio básicos (hemograma, bioquímica y estudio de coagulación) en pacientes sin enfermedad sistémica importante (ASA I-ASA II) que necesitan cirugía de bajo riesgo, cuando la pérdida de fluidos o sangre vaya a ser mínima. 2ª No indicar antibióticoterapia postoperatoria en apendicitis aguda no complicada. Se analizaron para cada categoría, número total de pacientes, casos de cumplimiento/incumplimiento, causas y justificación.

Resultados. 1ª Recomendación: De un total de 1.078 pacientes con criterios de inclusión, se cumplió la recomendación en 1.005 (93,2%), se realizaron en 73 pacientes analíticas preoperatorias, considerándose en 43 no justificadas (3,98%) y en 30 justificadas (2,78%). 2ª Recomendación: Se intervinieron un total de 87 pacientes con el diagnóstico de Apendicitis aguda no complicada. No se administraron antibióticos postoperatorios en 82 (94,2%) y si se administraron en 5 pacientes (5,7%).

Conclusiones. La implementación de recomendaciones “NO HACER” en un Servicio de Cirugía Pediátrica disminuye la realización de intervenciones sanitarias innecesarias.

(Oral 3 minutos)

- **¿Existen diferencias en la calidad de la relación médico-paciente entre el ámbito quirúrgico y el ámbito médico? Rompiendo un tópico.** Muñoz-Serrano, Antonio Jesús¹; Delgado-Miguel, Carlos¹; Ferrero Celemín, Esther²; Ortega Vázquez, Irene²; García-Sancho Téllez, Luis²; Núñez O’ Sullivan, Sara²; Picardo Nieto, Antonio Luís²; López Santamaría, Manuel¹. ¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid.

Objetivos. Describir la calidad de la relación médico-paciente en pacientes hospitalizados. Analizar las diferencias en la relación médico-paciente en pacientes hospitalizados en servicios médicos (SM) y en servicios quirúrgicos (SQ).

Métodos. Estudio descriptivo de corte transversal realizado en marzo 2018 en pacientes hospitalizados en servicios médicos y en quirúrgicos. Mediante un cuestionario anónimo se recogieron los siguientes datos: conocimiento del nombre y/o apellidos del médico responsable de la atención hospitalaria en el ingreso actual (sí/no); valoración cuantitativa (0-10 puntos) de la calidad asistencial percibida en la relación médico-paciente; y la satisfacción con la información relativa a su enfermedad aportada por el médico responsable (sí/no).

Resultados. Se incluyeron 347 pacientes con una tasa de respuesta del 97,2%. El 25,9% de los pacientes hospitalizados conoce el nombre o el apellido de su médico responsable, siendo este porcentaje del 26,5% en SQ y 25,7% en SM, sin observarse diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,87$). La valoración media de la calidad percibida fue de $8,9 \pm 1,9$ puntos en global, siendo superior en SQ respecto a los SM ($9,2 \pm 1,2$ vs $8,8 \pm 2,1$), sin alcanzar significación estadística ($p=0,181$). El 93,1% de los pacientes hospitalizados se consideran satisfechos con la información recibida por su médico, no encontrándose diferencias entre SQ y SM ($94,9\%$ vs $92,3\%$; $p=0,35$).

Conclusiones. A pesar de la opinión extendida dentro de la profesión médica sobre la menor implicación de los cirujanos en ciertos aspectos humanos de la relación médico-paciente, no se ha observado que esta diferencia sea demostrable al compararlo con profesionales de especialidades no quirúrgicas.

(Póster presentado)

CIRUGÍA GENERAL 2

Jueves, 23 de mayo de 2019

- **Experiencia piloto con navegación mediante fluorescencia con verde de indocianina en Cirugía Pediátrica.** Guillén, Gabriela; López-Fernández, Sergio; Molino, José Andrés; Bueno, Javier; López, Manuel. *Hospital Universitario Vall d’Hebron. Barcelona*.

Objetivos. La fluorescencia con verde de indocianina (ICG) es una nueva herramienta de navegación por imagen, con múltiples posibles aplicaciones, orientada a aumentar la seguridad y mejorar los resultados quirúrgicos, facilitando la toma de decisiones. Presentamos nuestra serie piloto con el uso del ICG en distintos procedimientos de Cirugía Pediátrica.

Métodos. A modo de prueba piloto, entre mayo 2017 y enero de 2019, hemos usado dicha técnica como ayuda en la toma de decisiones en los siguientes supuestos: visualización de vía biliar, de estructuras vasculares, de tejido tumoral y de otras estructuras. El momento y dosis de ICG varió en función de la indicación. Se utilizó una óptica de 30°, con un emisor de luz convencional y de luz cercana al infrarrojo, conectada a un sistema de alta definición especialmente equipado.

Resultados. Se consideró que la técnica podría ser de utilidad en 16 procedimientos: 6 sobre la vía biliar (5 colestectomías, 1 estenosis de la vía biliar), 4 procedimientos oncológicos laparoscópicos, 3 procedimientos oncológicos abiertos, 3 procedimientos miscelánea (2 resección nódulos pulmonares, 1 atresia esófago *long-gap*). No hubo complicaciones relacionadas con la inyección del ICG. Se consideró que el sistema aportó información relevante o influyó en la toma de decisiones en un 82% de los casos.

Conclusiones. El uso del ICG resultó sencillo y exento de complicaciones. Nuestros resultados sugieren que la navegación mediante ICG, en cirugía laparoscópica y abierta, puede suponer un salto cualitativo en seguridad y facilitar la realización de determinados procedimientos, especialmente en oncología, cirugía hepática y cirugía neonatal.

(Oral 5 minutos)

- **Apendicitis o dolor abdominal agudo inespecífico en el niño preescolar.** Prada Arias, Marcos; Gómez Veiras, Javier; Fernández Eire, Pilar; Rodríguez Iglesias, Patricia; Aneiros Castro, Belén; Montero Sánchez, Margarita. *Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro. Vigo.*

Objetivos. Determinar qué síntomas, signos y pruebas son más útiles para diferenciar la apendicitis del dolor abdominal inespecífico en el niño preescolar.

Métodos. Se evaluaron prospectivamente los pacientes menores de 5 años atendidos por sospecha de apendicitis en nuestro centro durante 5 años (2013-2017), incorporando al estudio casos de dolor abdominal agudo inespecífico y apendicitis según determinados criterios de inclusión y exclusión. Las diferentes variables recogidas se analizaron estadísticamente de manera descriptiva, univariante, multivariante y con estudios de rendimiento diagnóstico.

Resultados. Se estudiaron 82 casos, 27 casos de dolor abdominal agudo inespecífico y 55 casos de apendicitis. Ningún síntoma o signo tuvo un alto poder de discriminación entre ambos procesos. A partir de las 12 horas de evolución empiezan a aparecer casos de apendicitis complicada. La variable con mayor asociación a apendicitis fue la PCR igual o superior a 34 mg/L (odds ratio 9,8). La ecografía abdominal tuvo una alta sensibilidad (90,9%) y especificidad (96,3%) para diferenciar apendicitis, mejorando significativamente su rendimiento diagnóstico cuando el periodo de evolución supera las 12 horas.

Conclusiones. El diagnóstico diferencial entre apendicitis y dolor abdominal agudo inespecífico en niños preescolares es difícil. Los síntomas y signos clásicos no son demasiado útiles. La PCR y la ecografía abdominal son las mejores herramientas diagnósticas. Consideramos que un periodo de evolución superior a 12 horas o un valor de PCR igual o superior a 34 mg/L deberían ser indicaciones de ecografía abdominal en el niño preescolar con dolor abdominal agudo y dolor a palpación en el cuadrante inferior derecho del abdomen.

(Oral 5 minutos)

- **Influencia del sobrepeso y obesidad infantil en la apendicitis aguda en niños. Estudio de cohortes.** Delgado-Miguel, Carlos; Muñoz-Serrano, Antonio Jesús; Barrera Delfa, Saturnino; Núñez Cerezo, Vanessa; Velayos, María; Estefanía, Karla; Bueno Jiménez, Alba; Martínez Martínez, Leopoldo. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. El sobrepeso y la obesidad constituyen factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones postquirúrgicas en apendicitis aguda en adultos. Sin embargo, pocos estudios han evaluado sus efectos en pacientes pediátricos. Nuestro objetivo es analizar su influencia en el curso postoperatorio de la apendicitis aguda en niños.

Métodos. Estudio de cohortes prospectivo realizado en pacientes intervenidos de apendicitis aguda durante 2017-2018, distribuidos en dos cohortes según el IMC ajustado al sexo y edad de cada individuo siguiendo los criterios de la OMS: cohorte expuesta (sobrepeso-obesidad) y no expuesta (normopeso). Se evaluaron variables demográficas, tiempo quirúrgico, estancia media hospitalaria y complicaciones postoperatorias precoces (infección y dehiscencia de herida quirúrgica y absceso intraabdominal).

Resultados. Se incluyeron un total de 403 pacientes (cohorte expuesta n= 97 y cohorte no expuesta n= 306) sin diferencias en sexo y edad. La cohorte expuesta presentó un mayor tiempo quirúrgico ($57,6 \pm 22,5$ minutos vs $44,6 \pm 18,2$ minutos; $p < 0,001$), sin diferencias en cuanto a la técnica quirúrgica realizada (abierta o laparoscópica). Este grupo presentó mayor tasa de infección de herida quirúrgica al compararla con la cohorte no expuesta (10,3% vs 4,2%; RR 1,90 IC95% [1,15-3,14]; $p < 0,001$), así como una mayor tasa de dehiscencia de herida quirúrgica (10,3% vs 4,2%; RR 2,16 IC95% [1,24-3,76]; $p < 0,001$). No se observaron diferencias en el desarrollo de abscesos intraabdominales ni en la estancia media hospitalaria.

Conclusiones. El sobrepeso y obesidad infantil constituyen un factor de riesgo establecido para el desarrollo de complicaciones postoperatorias en la apendicitis aguda, como infección y dehiscencia de la herida quirúrgica.

(Oral 5 minutos)

- **Sinus pilonidal en edad pediátrica. Cierre primario versus cierre por segunda intención.** Álvarez Barrial, María; Vilanova Sánchez, Alejandra; Gortazar, Sara; Nava Hurtado de Saracho, Francisco de Borja; Serradilla Rodríguez, Javier; Bueno Jiménez, Alba; Losantos, Itsaso; Martínez Martínez, Leopoldo. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. El sinus pilonidal (SP) es muy frecuente en adolescentes. Tras la escisión quirúrgica, no existe consenso sobre qué tipo de cierre es el más idóneo. Nuestro objetivo es comparar resultados del cierre primario (CP) frente al cierre por segunda intención o diferido (CD).

Métodos. Estudiamos los pacientes intervenidos de SP desde 2013-2018, clasificándolos según el tipo de cierre. Se analizaron presencia de infección en el momento de la escisión, recidiva, tratamiento antibiótico pre/postoperatorio, número de drenajes previos y tamaño del sinus.

Resultados. De los 57 pacientes (29 mujeres); 29 fueron tratados mediante CP y 28 con CD. Su edad fue de 14 ± 1 años en el grupo CP y 16 ± 1 años en el CD. Los pacientes con CP presentaron una tasa de dehiscencia parcial postoperatoria del 26%. No encontramos diferencias significativas en la presencia de infección en el momento de la intervención, tasa de recidiva entre ambos grupos, tratamiento antibiótico postoperatorio, número de drenajes previos o tamaño del sinus ($p > 0,05$). El grupo de CD requirió mayor número de curas postoperatorias [4 (0-6) vs 8 (2-11) ($p < 0,01$)] y mayor tiempo hasta la curación [60 días (9-240) vs 98 días (30-450) ($p < 0,01$)].

Conclusiones. Uno de cada 4 pacientes con cierre primario del sinus presenta dehiscencia parcial postoperatoria. A pesar de ello las curas posteriores y el tiempo de curación son inferiores comparados con el cierre por segunda intención.

(Oral 3 minutos)

- **Anestesia caudal en neonatos y lactantes como procedimiento anestésico único en cirugía abdominal y del canal inguinal: experiencia en nuestro centro.** Álvarez García, Natalia; López, Silvia; Esteva Miro, Clara; Pérez Gaspar, Mireia; Brun Lozano, Nuria; Betancourth Alvaranga, Josue; Santiago, Saioa; Nuñez Garcia, Bernardo. *Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.*

Objetivos. La anestesia caudal es una técnica que permite la realización de diversos procedimientos quirúrgicos en neonatos y lactantes evitando complicaciones respiratorias y neurotoxicidad asociada a la anestesia general, permitiendo un inicio precoz de la ingesta y menor estancia hospitalaria. Presentamos la experiencia en un centro terciario.

Métodos. Estudio retrospectivo en neonatos y lactantes intervenidos de cirugía abdominal o inguinal (2016-2018) mediante anestesia caudal + sedación. Se recogieron datos epidemiológicos, comorbilidad, procedimientos quirúrgicos, tiempo quirúrgico y anestésico, inicio de ingesta, estancia hospitalaria y complicaciones asociadas a la técnica.

Resultados. 87 pacientes < 1 año fueron intervenidos en nuestro centro, en 56 (23 varones, 33 mujeres) se realizó cirugía bajo anestesia caudal exclusiva (37 programadas, 19 urgentes), edad media 2 meses (0-11). 25 asociaban prematuridad, 3 traqueomalacia severa, 1 monitorización de apneas y 8 DBP. Procedimientos: hernia inguinal no complicada (34), hernia inguinal incarcerada (9), torsión testicular (5), piloromiotomía (8). Tiempo medio de cirugía 35 minutos (15-80), tiempo anestésico de 30 min (20-60) y tiempo quirúrgico total 60 min (35-140). La ingesta se inició a las 2 h salvo un paciente que precisó antieméticos. El alta hospitalaria se

produjo a las 24 h (12-36 h). No se registraron complicaciones durante la realización de la anestesia caudal ni necesidad de conversión a anestesia general.

Conclusiones. Consideramos que la anestesia caudal es de elección en neonatos y lactantes en determinadas cirugías, con escasa morbilidad asociada. Permite un rápido inicio de la ingesta, disminuyendo la estancia hospitalaria, evitando la posibilidad de complicaciones respiratorias y neurotoxicidad a largo plazo, incluso en pacientes prematuros con comorbilidad grave.

(Oral 3 minutos)

- **Factores de riesgo de desarrollo de fístula perianal en lactantes con absceso perianal.** Moraleta Gudayol, Inés; Palazón Bellver, Pedro; Martín Sole, Oriol; Julia Masip, Victoria; Tarrado Castellarnau, Xavier. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

Objetivos. Revisar nuestra experiencia en el manejo del absceso perianal en lactantes e identificar factores de riesgo para el desarrollo de fístula perianal.

Métodos. Revisión retrospectiva de lactantes con absceso perianal entre 2010-2018. Excluimos a niños mayores de un año y con enfermedad inflamatoria intestinal. Se analizaron: datos demográficos, localización del absceso, tratamiento médico y quirúrgico, cultivos microbiológicos, resultados y complicaciones.

Resultados. 68 pacientes (98,5% varones). Edad media al diagnóstico del absceso: 3,9 meses. Localizaciones más frecuentes en posición de litotomía: cuadrante superior izquierdo (38,7%), cuadrante inferior derecho (38,7%). 76,5% pacientes recibieron antibioterapia. 48,4% pacientes requirieron desbridamiento quirúrgico: 10% con fistulotomía asociada. Los microorganismos identificados fueron: bacilos gram negativos inespecíficos (59,3%), *Escherichia coli* (29,6%), *Klebsiella pneumoniae* (11,1%). 26,5% presentaron recidiva del absceso. 45,6% pacientes desarrollaron fístula perianal. El análisis de regresión logística, controlado por edad, demostró que la recidiva del absceso tiene mayor riesgo de desarrollar fístula perianal (OR 18,54 CI95% 3,07-111,93, $p = 0,001$); el desbridamiento tiende a aumentar el riesgo de fístula (OR 4,72, CI95% 0,85-26,11, $p = 0,075$); la fistulotomía en el desbridamiento tiene menor riesgo de fístula (OR 0,04 CI95% 0,002-0,668, $p = 0,026$); el tratamiento antibiótico tiende a proteger de la fístula (OR 0,89 CI95% 0,01-0,48, $p = 0,007$).

Conclusiones. La recidiva del absceso perianal es un factor de riesgo para el desarrollo de fístula. El desbridamiento tiende a aumentar la formación de fístula, mientras que el antibiótico tiende a disminuirlo. La fistulotomía asociada debería considerarse cuando los abscesos perianales requieren desbridamiento para prevenir la formación de fístula perianal.

(Oral 3 minutos)

- **Diversidad del tratamiento de la apendicitis aguda en Cirugía Pediátrica.** Molnar, Agnes; Gómez Farpón, Ángela; Barnes Marañón, Sarah; Pontón Martino, Belén; Pérez Costoya, Cristina; Sánchez Pulido, Laura; Álvarez Muñoz, Víctor. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. Conocer la estandarización y protocolización del manejo antibiótico de la apendicitis aguda complicada y no complicada en el ámbito de la Cirugía Pediátrica.

Métodos. Entrevista telefónica a cada servicio de Cirugía Pediátrica del sistema nacional de salud español, con un cuestionario sobre el tipo y pauta de antibioterapia administrada pre y postoperatoria.

Resultados. 28 hospitales respondieron a la encuesta. El tipo de antibioterapia preoperatoria varía entre amoxicilina-clavulánico (78,6%), cefoxitina (17,9%) y metronidazol con gentamina (3,6%), con una administración al diagnóstico (46%), durante la inducción anestésica (43%) o variable (11%). Tras la cirugía de una apendicitis flemonosa, un 54% no recibe más antibioterapia, un 32% completa el tratamiento 24 horas y un 7% lo prolonga durante 3 días. En caso de apendicitis complicadas el fármaco y su duración varía, con 9 pautas intravenosas diferentes registradas, siendo la más frecuente en las gangrenosas ceftriaxona y metronidazol (21%) y en las perforadas piperacilina-tazobactam (25%), con un rango de duración entre 1-7 y 5-7 días respectivamente. En el tratamiento de los abscesos, un 54% utiliza meropenem y un 39% realiza drenaje ecoguiado. Un 43% de los centros optan por un tratamiento conservador del plastrón. Un 25% de los centros no tiene protocolo para el manejo de esta patología.

Conclusiones. Existe una amplia variabilidad en el tratamiento antibiótico de la apendicitis en niños, tanto en fármacos como en tiempo de administración, especialmente evidente en casos más evolucionados

(Oral 3 minutos)

- **Resultados iniciales de una guía clínica de alta precoz en la apendicitis aguda complicada.** Barnes Marañón, Sarah; Gómez Farpón, Ángela; Molnar, Agnes; Pontón Martino, Belén; Pérez Costoya, Cristina; Sánchez Pulido, Laura; Amat Valero, Sonia; Enríquez Zarabozo, Eva M^a; Vega Mata, Nataliz; Granell Suárez, Cristina; Fernández García, Laura; Álvarez Muñoz, Víctor. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. Analizar si las complicaciones infecciosas postoperatorias aumentan con una pauta corta de antibioterapia intravenosa en los pacientes con apendicitis aguda complicada.

Métodos. Creación de una guía clínica para alta precoz de las apendicitis agudas complicadas (gangrenosa y perforada) tras una revisión sistemática de la literatura. Tras la instaura-

ción de la misma durante 8 meses (junio de 2018 a enero de 2019), se realizó un análisis comparativo entre la nueva pauta de antibioterapia, consistente en ceftriaxona y metronidazol durante un mínimo de 48 horas, y la cohorte histórica, una pauta mínima de 5 días de gentamicina y metronidazol. Se analizó el riesgo de complicaciones infecciosas postquirúrgicas (absceso intrabdominal). Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS Statistics.

Resultados. Fueron incluidos en el estudio 57 pacientes en el grupo de pauta corta, con una edad media de 9,9 años, siendo el porcentaje de apendicitis gangrenosas del 61% frente al 39% de perforadas. En el grupo de pauta larga, 109 pacientes con una edad media de 9,4 años fueron incluidos, correspondiendo un 56% a gangrenosas y un 44% a perforadas. La estancia media con la pauta corta fue de 3 días, mientras que con la pauta larga de 6 días, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). El porcentaje de abscesos intrabdominales postquirúrgicos fue del 10,5% con la pauta corta y del 13,8% con la pauta larga, sin hallarse diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Conclusiones. La pauta corta de antibioterapia intravenosa disminuye la estancia hospitalaria sin aumentar el riesgo de absceso intrabdominal postquirúrgico.

(Oral 3 minutos)

- **Uso de la laparoscopia en el niño politraumatizado.** Martos-Rodríguez, Marta; Laín, Ana; Giné, Carles; García, Laura; Gander, Romy; Royo, Gloria; Molino, José Andrés; López, Manuel. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. Actualmente la cirugía mínimamente invasiva se está aplicando como herramienta diagnóstica y terapéutica en el paciente politraumatizado hemodinámicamente estable. A pesar de las ventajas que ofrece este abordaje su uso sigue siendo controvertido en el paciente pediátrico existiendo poca literatura al respecto. El objetivo de nuestro estudio es presentar nuestra experiencia en el uso de la laparoscopia en el paciente pediátrico politraumatizado.

Métodos. Estudio descriptivo de pacientes pediátricos politraumatizados con lesiones abdominales intervenidos por vía laparoscópica en un centro de referencia de trauma pediátrico.

Resultados. Entre enero de 2015 y diciembre de 2018 ingresaron en nuestro centro 257 pacientes politraumatizados. Siete requirieron tratamiento quirúrgico por traumatismo abdominal. En 4 pacientes con edad media de 8,75 años (5-11) se realizó un abordaje mínimamente invasivo hallándose 2 hernias de pared abdominal y 2 perforaciones intestinales. Todos ellos se encontraban hemodinámicamente estables en el momento de la intervención y no presentaban lesiones asociadas. El mecanismo lesional fue en 3 casos traumatismo con manillar de bicicleta y en 1 accidente de tráfico. Uno de los pacientes presentaba peritonitis generalizada en el momento de la intervención. La media de estancia hospitalaria fue de

8,75 días. Los dos pacientes con perforación intestinal desarrollaron colecciones intraabdominales que en ambos casos se resolvieron con tratamiento conservador. Tras 22 meses de seguimiento, ningún paciente ha presentado otras complicaciones.

Conclusiones. La laparoscopia supone una herramienta diagnóstica más en los niños politraumatizados que se presenten hemodinámicamente estables y permite en muchas ocasiones la resolución quirúrgica de las lesiones viscerales por medios mínimamente invasivos.

(Oral 3 minutos)

- **¿La sedación aumenta la efectividad del enema hidroestático en la invaginación intestinal?** Molnar, Agnes; Gómez Farpón, Ángela; Barnes Marañón, Sarah; Pontón Martino, Belén; Pérez Costoya, Cristina; Sánchez Pulido, Laura; Álvarez Muñoz, Víctor. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. La invaginación intestinal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en menores de dos años, pudiendo resolverse mediante enema hidroestático ecoguiado sin o con sedación, evitando la cirugía. Nuestro objetivo es valorar si la utilización de sedación superficial en el niño aumenta el porcentaje de invaginación resueltas mediante enema hidroestático.

Métodos. Estudio comparativo retrospectivo de los pacientes pediátricos con invaginación intestinal ileo-cólica tratados mediante enema ecoguiado con y sin sedación entre enero de 2005 y octubre de 2018. Análisis mediante Test de Fischer para valorar efectividad de la sedación.

Resultados. 111 pacientes fueron diagnosticados de invaginación intestinal en estos últimos 13 años (71 varones, 40 mujeres). El 77,5% (n= 86) de los casos se realizó enema sin sedación y en 22,5% (n= 35) con sedación. El procedimiento fue exitoso en un 73,7% en el grupo sin sedación y no exitoso en un 26,3%. En el grupo con sedación la prueba consiguió la desinvaginación en el 91,4% y fracasó en un 8,6%. Comparando ambos grupos, existe una diferencia estadísticamente significativa (p= 0,042).

Conclusiones. La invaginación intestinal en el niño es una patología que se suele resolver con enema hidroestático ecoguiado. La sedación mejora el porcentaje de éxito de este tratamiento no quirúrgico, disminuyendo la necesidad de cirugía.

(Oral 3 minutos)

- **Abordaje de la enfermedad pilonidal sacrocóxigea mediante la técnica de bascom. Experiencia inicial.** Montero García, Jacobo; Hernández Díaz, Carlos; Galvañ Félix, Yaiza; Ortega Escudero, Marta; Ruiz Hierro, Cristina; Mugerza Vellibre, Rosa; Gutiérrez Dueñas, José Manuel. *Hospital Universitario de Burgos.*

Objetivos. El abordaje quirúrgico de la enfermedad pilonidal sacrocóxigea es variable, siguiendo una tendencia actual hacia la utilización de técnicas que implican incisiones fuera de la línea media y el cierre primario del defecto. La técnica de Bascom consiste en la exéresis de la zona afectada, la utilización de un colgajo de avance para desplazar el pliegue interglúteo fuera de la línea media y el cierre primario del defecto. Los objetivos de este trabajo son presentar nuestra experiencia inicial y resultados tras la utilización de dicha técnica.

Métodos. Estudio retrospectivo que incluyó pacientes intervenidos mediante la técnica de Bascom entre el año 2014-2018. Se analizaron variables clínicas y epidemiológicas así como los resultados obtenidos tras la utilización de dicha técnica.

Resultados. Se intervinieron 8 pacientes (4 hombres y 4 mujeres), siendo 6 casos primarios y 2 recidivas, con una mediana de edad de 14 años (1-16). La duración media de la intervención fue de 96,8 minutos. La estancia media hospitalaria fue de 39 horas. Tres de los pacientes presentaron dehiscencia parcial de la herida quirúrgica y fueron manejados con curas locales. Hasta el momento no hemos tenido recidivas, con una media de seguimiento de 16,8 meses (3-48).

Conclusiones. La técnica de Bascom es una alternativa segura, eficaz y reproducible para el abordaje de la enfermedad pilonidal sacrocóxigea tanto primaria como recidivada. Comparada con otras técnicas, se asocia con un bajo periodo de convalecencia y porcentaje de recidiva, gracias al cierre primario del defecto y la localización de la incisión fuera de la línea media.

(Video 3 minutos)

- **El uso de toxina botulínica tipo A como adyuvante al cierre de hernias ventrales gigantes: nuestra experiencia en un caso.** Guillén Redondo, Pilar¹; Souto Romero, Henar¹; López Monclús, Javier²; Garcés Visier, Cristina¹; Luis Huertas, Ana¹; Espinosa Góngora, Rocío¹; Rico Espiñeira, Clara¹; Espinoza Vega, Manuel¹; Riñón Pastor, Cristina¹; Morató Robert, Pablo¹; Alonso Calderón, José¹; Ollero Fresno, Juan Carlos¹. ¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid. ²Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

Objetivos. Presentar nuestra experiencia en la inyección preoperatoria de toxina botulínica tipo A (TBA) previa al cierre primario de hernias ventrales complejas.

Métodos. Revisión del caso clínico de un paciente africano de 12 años con una hernia ventral gigante (defecto de 12 x 10 cm) con pérdida de derecho a domicilio en el que se realizó la siguiente técnica: inyección de 300 UI de TBA diluidas en suero en puntos predefinidos de músculos oblicuos, transversos y rectos abdominales. Revisión de la literatura.

Resultados. El procedimiento se realizó bajo anestesia general, y el paciente fue dado de alta a las 5 horas, sin complicaciones. Seis semanas después, la exploración física reveló una disminución transversal del defecto herniario de 3 cm en cada lado. La hernioplastia se realizó según la técnica de Rives-Stoppa. No fue necesaria una técnica de separación de componentes por objetivar mínima tensión en el cierre, ni una intubación postquirúrgica debido a la ausencia de presiones intraabdominales elevadas. El postoperatorio cursó sin complicaciones, y el paciente fue dado de alta tras 4 días. No se ha observado recidiva herniaria tras 6 meses de seguimiento.

Conclusiones. La inyección preoperatoria de TBA es una técnica segura y efectiva que facilita el cierre primario de grandes defectos fasciales bajo mínima tensión, debido al aumento de distensibilidad de la pared abdominal producido por la parálisis muscular temporal. Este es el primer caso aplicado a la reconstrucción de pared abdominal en niños descrito en la literatura.

(Video 3 minutos)

- **Abordaje percutáneo laparoscópico con puerto único de hernias inguinales en niños. Experiencia inicial.** Hernández Rodríguez, Raquel Angélica; Pérez-Etchepare, Eduardo; Villamil, Vanesa; Cárdenas Elías, Miguel Ángel; Gómez Culebras, Mario Alberto. *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.*

Objetivos. Las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas están adquiriendo creciente aplicabilidad en los pacientes pediátricos. Presentamos nuestra experiencia inicial en el uso de la técnica PIRS (sutura percutánea del anillo inguinal profundo) en niños.

Métodos. Revisión retrospectiva de serie de niños diagnosticados de hernia inguinal, intervenidos mediante técnica de PIRS entre enero de 2017 y diciembre de 2018. Se utilizó pleuroscopio 5 mm-0° con canal de trabajo 3 mm a través de puerto umbilical; disector Maryland 3 mm para asistencia; aguja epidural de 20G; monofilamento de polipropileno y multifilamento de poliéster. En casos de conducto peritoneo-vaginal contralateral persistente, se procedió a su reparación en el mismo acto quirúrgico.

Resultados. Se realizó 104 PIRS en 68 niños de forma ambulatoria. Edad media: 3 años (2 meses-14 años). Casos unilaterales: 32; bilaterales: 36. En 15 pacientes con diagnóstico de hernia unilateral se objetivó intraoperatoriamente defecto contralateral que fue reparado. Tiempo quirúrgico medio: 15 minutos (6-90) y 27 minutos (15-60) para unilaterales y bilaterales respectivamente. Al comienzo de nuestra curva de aprendizaje hubo una recidiva precoz en un neonato prematuro, reintervenido sin incidencias mediante PIRS. Se realizó concomitantemente una biopsia hepática y 32 hernias umbilicales. Seguimiento medio: 12 meses (1-20).

Conclusiones. Mediante técnica de PIRS se evita la manipulación del cordón espermático. Permite el diagnóstico intraoperatorio y el tratamiento de otros defectos de pared, y la realización de otros procedimientos diagnóstico-terapéuticos en el mismo acto quirúrgico. Nuestra experiencia inicial muestra una curva de aprendizaje rápida y buen resultado funcional y estético, sin cicatrices visibles.

(Video 3 minutos)

- **Déficit toll-like-receptor en paciente con peritonitis apendicular: ejemplo de la relevancia de las inmunodeficiencias congénitas en el manejo de las complicaciones en Cirugía Pediátrica.** Esteva Miró, Clara; Pérez-Gaspar, Mireia; Álvarez García, Natalia; Santiago Martínez, Saïoa; Betancourth Alvarenga, Josué Eduardo; Brun Lozano, Núria; Núñez García, Bernardo. *Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.*

Objetivos. Las inmunodeficiencias primarias son enfermedades congénitas poco frecuentes. No forman parte directamente de nuestra especialidad, pero tienen un papel fundamental en la aparición de complicaciones precoces y tardías si no se realiza un diagnóstico y manejo precoces, con secuelas en ocasiones irreversibles.

Métodos. Niño de 2 años sin antecedentes obstétricos relevantes que acudió a urgencias por dolor abdominal de una semana de evolución, rechazo del alimento y postración sin fiebre. Caída tardía del cordón umbilical. Gingivostomatitis herpética con afectación oral y perianal antes del primer año. A la exploración destacaba defensa generalizada sugestiva de abdomen agudo. Analítica: leucopenia con fórmula y coagulación alteradas, PCR 2,12 mg/dl y ecografía con signos de peritonitis apendicular.

Resultados. Se realizó apendicectomía urgente abierta: peritonitis apendicular con importante afectación de asas intestinales y reacción inflamatoria peritoneal. En 48 horas presentó distensión abdominal brusca con decaimiento generalizado e inestabilidad hemodinámica. TC abdominal: neumoperitoneo. Se realizó laparotomía media: gran perforación ileocólica precisando derivación intestinal. Cultivos positivos para *P. aeruginosa* líquido peritoneal. Posteriormente presentó infección severa de la herida quirúrgica secundaria a fístula enterocutánea realizándose revisión quirúrgica, objetivando múltiples fístulas entero-entéricas y colo-entéricas. Durante su ingreso, se observó crecimiento de nódulos subcutáneos diseminados, la biopsia de los cuales mostró presencia de *P. aeruginosa*. El estudio de inmunodeficiencias mostró: déficit toll-like receptor, un defecto severo de la fagocitosis.

Conclusiones. Las inmunodeficiencias requieren un diagnóstico precoz para poder avanzarnos a sus posibles complicaciones, debiendo ser sospechadas en pacientes con evolución tórpida o complicaciones infecciosas graves.

(Póster presentado)

- **Dilatación endourológica de la estenosis uréter medio en pacientes pediátricos: aportación de 9 casos.** De la Torre Macias, Manuel; Parente, Alberto; Burgos, Laura; Ortiz, Ruben; Angulo, José María. *Hospital Infantil Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. La estenosis congénita de uréter medio (ECUM) es una entidad poco frecuente y de difícil diagnóstico preoperatorio. El tratamiento más extendido es el quirúrgico realizándose ureteroureterostomía. Se presenta la serie más grande publicada tratada mediante dilatación endourológica.

Métodos. Se recogen retrospectivamente pacientes que han presentado una ECUM en nuestro hospital entre agosto de 2009 y julio de 2017. Se analizan: características clínicas de los pacientes, proceso diagnóstico, estrategia terapéutica, resultados postquirúrgicos y complicaciones. En todos ellos, se realizó una cistoscopia bajo anestesia general con pielografía intraoperatoria para confirmar el diagnóstico. Se tutorizó el uréter con una guía de 0,018" hasta pelvis renal y se dilato la estenosis con un balón de 6 mm 4 Fr semi-compliant (máx. 15 ATM) con colocación de Doble J y sonda vesical.

Resultados. Se recogieron 9 pacientes (3 niñas y 6 niños) de entre 1 mes y 16 años de vida (4 años de media) con diagnóstico de ECUM en la pielografía intraoperatoria. Cinco pacientes presentaban sintomatología de tipo cólico. Ningún paciente presentó hematuria. El diagnóstico se realizó intraoperatoriamente en 7 casos. El tratamiento con dilatación con balón endourológico fue efectivo en 8 pacientes con una mejoría de la dilatación del diámetro ecográfico anteroposterior de la pelvis renal (media de 25 mm a 10 mm ($p > 0,01$)). Un paciente precisó ureterostomía laparoasistida por estenosis refractaria a tratamiento endourológico. No se objetivaron reestenosis en el control ecográfico tras 2 años de seguimiento.

Conclusiones. En nuestra experiencia, la dilatación endourológica con balón resuelve la mayoría de estenosis de uréter medio con una estancia perioperatoria mínima.

(Oral 3 minutos)

- **Utilidad del renograma diurético con protocolo "F-15" para aclarar los resultados indeterminados del protocolo "F0" en pacientes pediátricos con sospecha de obstrucción de la unión pieloureteral.** Melero Guardia, Leonor; Gómez Fraile, Andrés; Tordable Ojeda, Cristina; Marín Ferrer, María Dolores; Cabezalí Barbancho, Daniel. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Valorar si el renograma diurético (MAG-3) con protocolo "F-15" es superior al protocolo "F0" para definir la conducta terapéutica en pacientes pediátricos con sospe-

cha de EPU con un patrón indeterminado en el renograma diurético basal.

Métodos. Realizamos un análisis retrospectivo de los pacientes que tenían un MAG-3 "F0" con curva de lavado indeterminado a los que se les realizó un MAG-3 "F-15" en un plazo inferior a dos meses entre julio de 2012 y enero de 2018. La muestra estaba formada por 36 pacientes (28 niñas-8 niños) con mediana de edad de 6 meses (rango 2-168).

Resultados. Del total de 36 pacientes con curva indeterminada en el MAG-3 "F0" 29 (80%) presentaron resultados conclusivos al realizar MAG-3 "F-15", tanto obstructivos como no obstructivo. En 10 pacientes con patrón obstructivo en el MAG-3 "F-15" se demostró un aumento estadísticamente significativo del $T_{1/2}$ de eliminación, del tiempo pico y porcentajes de retención a los 20 y 30 minutos. El 90% de los pacientes intervenidos presentó cambios histopatológicos compatibles con EPU. En 19 pacientes con patrón no obstructivo en los renogramas diuréticos "F-15" se objetivó una disminución estadísticamente significativa del $T_{1/2}$ de eliminación, tiempo pico y de los porcentajes de retención a los 20 y 30 minutos.

Conclusiones. En los pacientes pediátricos con sospecha de estenosis de la unión pieloureteral (EPU) y patrón indeterminado en MAG-3 "F0", un segundo MAG-3 con protocolo "F-15" puede ser útil a la hora de decidir entre tratamiento quirúrgico y manejo conservador.

(Oral 5 minutos)

- **Pacientes diagnosticados de estenosis de la unión pieloureteral ¿Está justificado el screening del RVU?** Tejerina López, Rodrigo; Ibáñez Cerrato, Luis Fernando; Martínez Villamandos, Alfonso; Recober Montilla, Antonio; Mielles Cerchar, Moisés; Pérez Rodríguez, Juan. *Hospital Regional Universitario de Málaga.*

Objetivos. La concomitancia entre RVU y EPU es un tema controvertido. Con una prevalencia entre el 5,2 y el 18%, no existe consenso sobre la necesidad de realización de pruebas complementarias para descartar dicho reflujo. Algunos autores abogan por la realización de rutina, mientras otros optan por limitarlo a pacientes seleccionados. Tenemos como objetivo:

- Estudiar la prevalencia y grado de RVU en pacientes diagnosticados de EPU.
- Valorar la incidencia de ITU y compararla con pacientes con EPU aislada.
- Limitar la realización de CUMS o Ecocistografía a pacientes seleccionados (uréter visible en ecografía, ITU).

Métodos. Revisión retrospectiva de 74 pacientes intervenidos de EPU entre 2010 y 2018, incluyendo información acerca del sexo, la realización de CUMS/Ecocistografía, sus resultados y la prevalencia de ITU. Se excluyeron con otras causas de hidronefrosis diferentes a la estenosis de unión pieloureteral. Se llevó a cabo el análisis descriptivo de frecuencias y el test de Fisher, estableciendo el nivel de significancia en el 95% ($p < 0,05$).

Resultados. De los 74 pacientes, se realizó *screening* de RVU en 55 pacientes (74,3%) de los cuales, 6 tuvieron resultado positivo, situando la prevalencia en el 10,7%. 15 pacientes (20,8%) presentaron ITU preoperatoria, estando 4 de ellos afectados de RVU, generando una prevalencia mayor que en EPU aislada (diferencia estadísticamente significativa, $p=0,022$).

Conclusiones. Consideramos que el *screening* rutinario del reflujo vesicoureteral se puede limitar a pacientes seleccionados (ITU previa, visualización del uréter en la ecografía o sospecha de causa secundaria).

(Oral 3 minutos)

- **Tratamiento de la estenosis pieloureteral en la infancia: pieloplastia vs. dilatación neumática. Nuestra experiencia.** Ramnarine Sánchez, Sharmila Devi; Escassi Gil, Álvaro; Vargas Cruz, Verónica; Garrido Perez, José Ignacio; Siu Uribe, Ariadna; Wiesner Torres, Sandra Rocío; Paredes Esteban, Rosa María. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivos. Los procedimientos mínimamente invasivos como las técnicas endourológicas en la estenosis pieloureteral (EPU) son una opción a la clásica pieloplastia desmembrada (Anderson-Hynes). Comparamos resultados del tratamiento de la EPU mediante estas dos técnicas, en nuestro centro.

Métodos. Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de pacientes menores de 14 años con EPU intervenidos mediante ambas técnicas en nuestro centro entre 2003 y 2018. Estudiamos variables demográficas, tipo de intervención, complicaciones y resultados.

Resultados. 63 pacientes intervenidos, 70% ($n=44$) varones y 30% ($n=19$) mujeres. Edad mediana de 1 año (1 mes-13 años), de localización derecha 41% ($n=26$), izquierda 57% ($n=36$) y 2% ($n=1$) bilateral. En 34 pacientes (54%) se realizó pieloplastia y en 29 (46%) dilatación neumática (DN). Un 27% de las pieloplastias presentaron complicaciones perioperatorias y 21% tardías. De las DN, 17% tuvieron complicaciones tempranas y 21% tardías. La estancia media hospitalaria fue 12,5 días en las pieloplastias frente a 3 días en las DN. La resolución de la patología en las pieloplastias inicialmente fue del 77% ($n=26$) y un 20% más tras una dilatación neumática por reestenosis. El 76% ($n=22$) de las DN fueron resolutivas, aunque un 27% ($n=6$) de estos precisaron 2 sesiones. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el resultado inicial ($p=0,074$), pero sí en el resultado definitivo ($p=0,012$).

Conclusiones. Las dilataciones neumáticas representan una opción terapéutica válida en el tratamiento de la EPU, debido a su baja morbilidad perioperatoria, ser fácilmente reproducible y ser un procedimiento de corta estancia. Además, una dilatación previa no limita la realización de una posterior o una pieloplastia.

(Oral 3 minutos)

- **Pieloplastia desmembrada Anderson-Hynes mediante mini-laparoscopia.** Pérez Bertólez, Sonia¹; Martín Solé, Oriol¹; Bujons Tur, Anna²; Arboleda Bustán, Jenny¹; Vicario LaTorre, Francisco¹; García Aparicio, Luis¹. ¹*Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona*, ²*Fundació Puigvert, Barcelona.*

Objetivos. La pieloplastia abierta es el patrón oro de tratamiento de la estenosis pieloureteral (EPU) aunque la pieloplastia laparoscópica está ganando popularidad. El objetivo del presente estudio es comparar minilaparoscopia (mLP) de 3 mm *versus* laparoscopia (LP) de 5 mm y cirugía abierta para la pieloplastia.

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a pieloplastia por LP, mLP y cirugía abierta en nuestro centro entre 1997-2017. Analizamos variables demográficas, clínicas, quirúrgicas y radiológicas. Realizamos un estudio de regresión logística multivariante para identificar los factores de riesgo para complicaciones, fuga urinaria y necesidad de reintervención.

Resultados. Se realizaron 340 pieloplastias: 197 abiertas, 30 LP y 113 mLP. Factores de riesgo independientes para complicaciones quirúrgicas fueron: LP (*vs* mLP, OR= 3,95; 95% CI: 1,13-13,8), mayor función renal diferencial (cada punto más incrementa el riesgo un 6%; 95% CI: 1%-11%), mayor edad (cada año incrementa el riesgo 1,11 veces; 95% CI: 1,002-1,225). La cirugía abierta, el diámetro anteroposterior de la pelvis (DAP) renal o el uso de diferentes catéteres transtanomóticos no fueron factores de riesgo. Este modelo tiene 80% VPP, 92,4% VPN. LP (OR= 4,65; 95% CI: 1,08-19,96) y mayor tiempo quirúrgico (OR= 1,014; 95% CI: 1,003-1,025) son factores de riesgo independientes para fuga urinaria. Mayor DAP (OR= 0,93; 95% CI: 0,87-0,99) y el uso de catéter nefroureteral externo (OR= 0,09; 95% CI: 0,01-0,72) son factores protectores independientes para fuga urinaria. No hemos encontrado factores de riesgo independientes para reintervención.

Conclusiones. La mLP es una técnica segura y efectiva para la realización de pieloplastia en pacientes pediátricos de cualquier edad.

(Oral 3 minutos)

- **Pexia pélvica por abordaje retroperitoneoscópico. ¿Técnica idónea para la hidronefrosis obstructiva extrínseca?** Luque Mialdea, Rafael; Martín-Crespo Izquierdo, Rosa María; Ramirez Velandia, Hilda Josefa; Carrera Guermeur, Noela; Maruszewski, Przemyslaw. *Unidad de Urología Pediátrica, Servicio Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.*

Objetivos. Mostrar la técnica por abordaje retroperitoneoscópico de la pexia pélvica en los casos de hidronefrosis obstructiva extrínseca por vaso polar anterior.

Métodos. Paciente de 6 años de edad con episodio de dolor abdominal cólico izquierdo, en posición prono, de largo tiempo de evolución. Estudiada urológicamente presenta hidronefrosis izquierda ecográfica (> de 2,5 cm, diámetro

AP) con un patrón obstructivo renal izquierdo, en estudios seriados, y función renal conservada ipsilateral (> 40%). Se indica la realización de abordaje retroperitoneoscópico, donde se objetiva la existencia de vaso polar inferior que acoda en silla de montar a la unión píelo-ureteral. Se procede a su individualización y retirada de la unión píelo-ureteral mediante puntos tractores superiores.

Resultados. El procedimiento se realiza completamente mediante retroperitoneoscopia, sin complicaciones intra ni postoperatorias. El tiempo quirúrgico fue de 70 minutos y la paciente dada el alta a las 24 horas de la cirugía. Los controles posteriores ecográficos muestran desaparición de la hidronefrosis y el renograma un patrón pseudo-obstructivo con función renal normal.

Conclusiones. La pexia pélvica retroperitoneoscópica es fiable, segura y eficaz en aquellos pacientes que cursan con hidronefrosis obstructiva extrínseca por vaso polar anterior inferior, facilitando su identificación y disección del mismo.
(Video 3 minutos)

- **Papel del urólogo infantil en el manejo de la hipertensión arterial renovascular: experiencia de 15 años en un hospital de tercer nivel.** Mínguez, María Antonia; Molina, María; Serrano, Agustín; Martín, Xavier; Sangüesa, Cinta; March, José Antonio; Polo, Alba; Conca, María Ángeles; Domínguez, Carlos. *Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

Objetivos. La hipertensión arterial renovascular (HTARV) constituye el 10% de las HTA secundarias en niños. Su manejo es controvertido precisando en algunos casos la intervención del urólogo infantil.

Métodos. Análisis retrospectivo de 21 pacientes con HTARV, atendidos conjuntamente por Nefrología, Urología infantil y Radiología intervencionista en los últimos 15 años. Las variables estudiadas incluyeron datos demográficos, clínica, métodos diagnósticos e intervenciones realizadas.

Resultados. Predominio en varones (68%), edad mediana al diagnóstico de 8 años. El 73,7% asintomáticos, siendo el síntoma más frecuente la cefalea. La ecografía-doppler sugirió patología en el 47,4%, confirmándose mediante angio-RM (48%), angio-TC (52%) y/o arteriografía (66%). Existió afectación bilateral en el 42%, afectación de la rama principal en el 76% y de polares en el 28%. Tres presentaban síndrome aorto-medial y uno arteritis de Takayasu (AT). Se intervinieron 12 pacientes (57%), por falta de respuesta a antihipertensivos. En 10 se realizó angioplastia, precisando reintervención el 50%: angioplastia (2), *stent* endovascular (1), ablación endovascular (1), nefrectomía (1) y autotrasplante renal (1). En 2 casos (afectación arteria polar y síndrome Ask-Upmark) se realizó nefrectomía parcial laparoscópica. A los 5 años de la intervención, disminuyó la carga sistólica del MAPA un 58,2% y la necesidad de antihipertensivos un 47,6%. A los 10 años, el 75% no precisaba ya ningún tratamiento antihipertensivo.

Conclusiones. En nuestra cohorte, el manejo intervencionista y quirúrgico de la HTARV ha demostrado reducir la carga del MAPA y la necesidad de antihipertensivos. La HTARV precisa un enfoque multidisciplinario y, en casos seleccionados, el papel del urólogo infantil cobra especial importancia.

(Oral 3 minutos)

- **Urosonografía miccional seriada en el diagnóstico y manejo de las válvulas de uretra posterior en pacientes pediátricos.** Rojas-Ticona, Javier¹; Fernández Córdoba, María Soledad¹; Cabezalí Barbancho, Daniel²; Marijuán Sahuquillo, Verónica¹; Argumosa Salazar, Yrene Margarita¹; Ramírez Piqueras, María¹; Moratalla Jareño, Tania¹; Hernández Anselmi, Esperanza Julieta¹; Vidal Company, Alberto³; Parrondo Muiños, Cecilia⁴. *¹Servicio de Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ²Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ³Unidad de Nefrología Pediátrica, Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ⁴Servicio de Radiología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

Objetivos. Comunicar nuestra experiencia con la utilización de la Urosonografía Miccional Seriada (UMS) para el diagnóstico y manejo de pacientes con válvulas de uretra posterior (VUP).

Métodos. Estudio retrospectivo observacional en pacientes entre 0 a 14 años con sospecha de VUP en UMS realizada como primera prueba contrastada de la vía urinaria y con estudio cistoscópico posterior. Las variables se analizaron utilizando SPSSv22.

Resultados. Fueron estudiados 18 pacientes (edad mediana de 6 meses). La mayoría de los pacientes (15) presentaban dilatación de la uretra posterior (diámetro medio de 9,56 mm) y diferencia entre uretra proximal y distal mayor de 2 mm. 13 casos tenían engrosamiento vesical y 9 RVU. Se diagnosticaron 15 casos de VUP, 1 caso de mucocele de uretra distal y 1 divertículo vesical que obstruía uretra. Se consiguió resección completa de las VUP en 10 pacientes (66,6%) en la primera cistoscopia. La UMS de control detectó un caso de recidiva por persistencia de dilatación de uretra posterior. La recidiva y los 5 casos con resección incompleta se sometieron a una segunda cistoscopia y resección. El menor de los pacientes requirió una tercera resección y dilatación con balón de corte por estenosis residual. La creatinina media al diagnóstico fue 0,28 mg/dl. El seguimiento medio fue 12,3 meses.

Conclusiones. La Urosonografía Miccional Seriada (UMS) es una prueba complementaria útil en pacientes pediátricos con válvulas de uretra posterior. Su carácter dinámico y ventajas: ausencia de irradiación, seguridad y alta sensibilidad; la convierten en una prueba de imagen ideal para el diagnóstico y seguimiento de VUP.

(Oral 3 minutos)

- **Manejo urológico del riñón hipofuncionante: ¿merece la pena salvarlo?** Mínguez, María Antonia; Serrano, Agustín; Polo, Alba; Conca, María Ángeles; March, José Antonio; Molina, María; Domínguez, Carlos. *Hospital Universitari i Politènic La Fe. Valencia.*

Objetivos. El manejo urológico del riñón hipofuncionante (RHF) continúa siendo controvertido. Nuestro objetivo es evaluar el manejo médico-quirúrgico y la evolución de estos pacientes en un hospital terciario.

Métodos. Análisis retrospectivo de pacientes atendidos en los últimos 10 años con función renal relativa (FRR) ga mmagráfica < 20% y riñón contralateral normofuncionante. Estudio de patologías asociadas, clínica, hipertensión arterial (HTA), proteinuria, intervenciones, complicaciones y evolución de la FRR.

Resultados. 82 pacientes, edad mediana al diagnóstico de 10,3 meses. 67% varones. Estudio por alteraciones urológicas prenatales (64%) e infecciones urinarias (41%). El hallazgo más frecuente fue reflujo vesicoureteral (RVU) (40,2%), riñón multiquístico (26,8%) e hidronefrosis (17%). 29 pacientes no precisaron cirugía por ausencia de repercusión o clínica persistente (FRR media 5,2%). Se realizó intervención quirúrgica en 48 (58%): 23 nefrectomías (FRR media 4,3%) y 25 cirugías correctivas (FRR media 14,4%). Existió mayor incidencia de complicaciones tras cirugía correctiva respecto a nefrectomía (28% frente a 4,35%, p<0,001). La única complicación mayor (Clavien-Dindo III) ocurrió en un nefrectomizado, precisando cirugía urgente. La tasa de reintervención por persistencia/aparición contralateral de RVU tras tratamiento endoscópico fue del 63%. No hubo diferencias en resolución de la HTA o proteinuria entre ambos grupos. Se realizó gammagrafía tras cirugía correctiva en 11 casos, con una evolución variable de la FRR. Ninguno de los nefrectomizados evolucionó hacia insuficiencia renal.

Conclusiones. En nuestra cohorte, la cirugía correctiva no demostró beneficios en cuestión de preservación/mejoría de la FRR a largo plazo, presentando además mayor tasa de complicaciones y reintervenciones que la nefrectomía. Por tanto, si existe repercusión, se recomienda exéresis del RHF.
(Oral 3 minutos)

- **Reparación del hipospadias mediante la técnica de Snodgrass. Nuestra experiencia.** Ramnarine Sánchez, Sharmila Devi; Vargas Cruz, Verónica; Escassi Gil, Álvaro; Murcia Pascual, Francisco Javier; Siu Uribe, Ariadna; Ibarra Rodríguez, María Rosa; Paredes Esteban, Rosa María. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivos. El tratamiento quirúrgico del hipospadias continúa siendo uno de los aspectos más controvertidos de la urología infantil. Existen numerosas técnicas, sin ser ninguna de ellas, de eficacia claramente superior. La técnica de uretroplastia mediante incisión y tubularización

de la placa uretral ha demostrado tener buenos resultados funcionales y estéticos. Presentamos nuestra experiencia con dicha técnica.

Métodos. Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, de los pacientes menores de 14 años intervenidos de hipospadias mediante la técnica de Snodgrass en nuestro centro, en los últimos 5 años. Análisis de los resultados.

Resultados. 46 pacientes intervenidos mediante técnica de Snodgrass. 87% hipospadias distales y 13% medios. Mediana de edad 5 años (3-11 años), mediana de tiempo de sondaje vesical y estancia hospitalaria 6 días (2-9 días). Ningún paciente precisó técnica de plicatura dorsal para la incurvación, siendo suficiente la ortoplastia y como requisito para la indicación de la técnica, buena placa uretral. El 94% (43) de los pacientes no presentaron complicaciones en el post-operatorio inmediato, 2 presentaron hematoma y 1 fístula uretral. Un 28% (13) desarrollaron complicaciones durante el seguimiento; 3 estenosis uretral, 6 fístula uretral y ambas, en 4 pacientes. La mediana de seguimiento fue de 16 meses (1 mes-59 meses) obteniendo buen resultado estético en el 79% de los pacientes del 93% registrado en la historia clínica.

Conclusiones. En nuestra experiencia, la uretroplastia de Snodgrass es una técnica con buenos resultados funcionales y estéticos, con escasas complicaciones, desplazando casi por completo al resto de técnicas utilizadas con anterioridad en hipospadias medios y distales.

(Oral 3 minutos)

- **Uretroplastia en dos tiempos utilizando mucosa vaginal como injerto libre.** Giménez-Aleixandre, María Cristina; Zambudio Carmona, Gerardo Antonio; Guirao Piñera, María José; Sánchez-Sánchez, Ángela; Montoya-Rangel, Carlos Andrés; Padilla-Zhucuzhañay, Marcia Alexandra; Hernández-Bermejo, Juan Pedro. *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Objetivos. La uretroplastia en dos tiempos de Bracka mediante injerto de la cara ventral y posterior tubulización, es ampliamente empleada en casos severos de hipospadias si no se dispone de placa uretral tubulizable. Las zonas donantes habituales son: mucosa prepucial, yugal, labio y sublingual. Únicamente en determinadas situaciones se dispone mucosa vaginal como área donante.

Métodos. Presentamos el caso de un paciente de 8 años con disgenesia gonadal parcial 46XY remitido desde otro hospital.

Resultados. Antecedente de orquiectomía bilateral a los 12 meses; posteriormente y tras administración de tratamiento hormonal masculinizante, se realizó ortoplastia y primer tiempo de Bracka empleando mucosa prepucial, con evolución desfavorable del injerto. A su llegada a nuestro centro presentaba retracción del injerto, recurrencia de curvatura y conservaba estructuras compatibles con hemivagina, hemiútero y trompa de Falopio izquierdas, evidenciadas en estudio

de imagen. Tras consenso con los padres se decidió completar cirugía masculinizante realizando mediante laparoscopia exéresis de restos uterinos y vaginales. Ortoplastia mediante resección del tejido cicatricial ventral y plicatura dorsal de Baskin. Se empleó mucosa vaginal para injertar un 50% del defecto ventral, cubriendo el resto con mucosa sublingual. En controles posteriores el injerto presentaba buen aspecto, prendido y adecuadamente vascularizado. Pendiente de realizar la tubulización en segundo tiempo.

Conclusiones. En los casos en que simultáneamente a la uretroplastia se realice extirpación de restos müllerianos y se disponga de vagina, puede ser empleada su mucosa para ser incorporada a la uretroplastia, pudiendo evitar o disminuir la necesidad de obtención de mucosa de otro origen.

(Póster presentado)

- **Cirugía conservadora en el tumor de Wilms unilateral.** Nava y Hurtado de Saracho, Francisco de Borja; Bueno Jimenez, Alba; Álvarez Barrial, María; Sastre Urguelles, Ana; López Pereira, Pedro; Martínez Urrutia, María José. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. La nefrectomía parcial se ha propuesto como alternativa a la técnica estándar de nefrectomía total en determinados casos de Tumor de Wilms Unilateral (TWU) no síndromico. Presentamos nuestros resultados a medio plazo en la cirugía conservadora del TWU.

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con TWU no síndromico en estadio I prequirúrgico, a los que se les realizó cirugía conservadora (1999-2015). Se analizaron datos epidemiológicos, oncológicos, quirúrgicos y parámetros de función renal del riñón afecto a corto y medio plazo. Los resultados se exponen en media aritmética.

Resultados. Ocho pacientes fueron incluidos con una edad al diagnóstico de 18,8 (6-33) meses. Los pacientes participaron en los protocolos SIOP-93-01 (1), SIOP-2001 (6) y SIOP-RTSG 2016-UMBRELLA (1). Todos los pacientes recibieron quimioterapia preoperatoria y presentaron una reducción del volumen tumoral de 54,2 (6,1-93)%. Se realizaron nefrectomías parciales (6) y tumorectomías (2) mediante laparotomía. El estadio postquirúrgico cambió en cuatro pacientes: II (2) y III (2). Cuatro pacientes presentaron Nefroblastoma de alto riesgo y dos pacientes de riesgo intermedio. La captación funcional del riñón afecto poscirugía fue de 42 (33,8-48)%. Tras un seguimiento de 100 (36-164) meses, 7 pacientes se encuentran libres de enfermedad y uno falleció por recidiva tumoral.

Conclusiones. La cirugía es una opción válida de tratamiento, que permite la preservación de la funcionalidad del riñón afecto. En aquellos casos en los que se decida una actitud conservadora ante hallazgos histológicos desfavorables, es necesario un seguimiento más prolongado de estos pacientes.

(Oral 3 minutos)

- **Uretero-ureterostomía ipsilateral retroperitoneal asistida por laparoscopia en el tratamiento de la duplicidad renal.** Fernández Córdoba, María Soledad; Marijuán Sahuquillo, Verónica; Ramírez Piqueras, María; Argumosa Salazar, Yrene Margarita; Rojas Ticona, Javier; Moratalla Jareño, Tania; Hernández Anselmi, Esperanza; Vidal Company, Alberto. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

Objetivos. La heminefro-ureterectomía polar superior ha sido tradicionalmente la cirugía indicada en niños afectados de riñones duplicados con patología asociada a un pielón superior de pobre o nula función. Sin embargo, esta cirugía pone en riesgo la vitalidad del hemirriñón inferior sano, por vasoespasmo o lesión vascular. Recientemente se está generalizando en estos casos la uretero-ureterostomía ipsilateral laparoscópica con independencia de la función del pielón afecto. El objetivo de este vídeo es mostrar una técnica alternativa que simplifica este procedimiento laparoscópico.

Métodos. Presentamos el caso de una niña con duplicidad renal bilateral, siendo el pielón superior izdo ectásico por ureterocele obstructivo, el cual fue destechado en época neonatal, quedando un reflujo vésico-ureteral residual en dicho sistema que le ocasionaba infecciones de repetición. El resto de uréteres no presentaban patología. La función renal porcentual de ese hemirriñón era del 13%. A la edad de 5 años, se realizó una urétero-ureterostomía ipsilateral por vía inguinal retroperitoneal y asistida con visión laparoscópica por puerto umbilical, habiendo insertado previamente un catéter doble J en el uréter sano, que se dejó 4 semanas.

Resultados. La intervención duró 150 minutos. El postoperatorio cursó sin complicaciones, con alta a las 48 horas, siendo la evolución ecográfica favorable tras la retirada del catéter.

Conclusiones. La uretero-ureterostomía ipsilateral inguinal asistida por laparoscopia es una intervención quirúrgica sencilla, definitiva y segura, que preserva la arquitectura renal en riñones duplicados con un hemisistema sano. La laparoscopia facilita la captura retroperitoneal de los uréteres para realizar una anastomosis segura y rápida.

(Vídeo 3 minutos)

- **Ultra-mini nefrolitotomía percutánea (NLP) con cámara ureteral con aspiración e irrigación térmica de fluidos para el tratamiento de litiasis en niños.** Bujons Tur, Anna¹; Llorens De Knecht, Erika¹; Tobía González, Sebastián²; Lang Motta, Guilherme¹; Quiroz Madarriaga, Yesica¹. ¹Fundació Puigvert. Barcelona. ²Hospital de Niños de La Plata. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos. Dado que en la población pediátrica la hipotermia implica mayor morbilidad posoperatoria, es importante encontrar herramientas que permitan disminuir la incidencia de este evento y con este objetivo, utilizar bombas de irrigación que permitan aumentar la temperatura de los líquidos

utilizados y el uso de dispositivos que disminuyan el tiempo quirúrgico como camisas ureterales con succión, previenen parte de esta pérdida de calor y la hipotermia secundaria.

Métodos. El vídeo describe la ultra-mini NLP con camisa ureteral con aspiración bajo el sistema de irrigación continua térmica en un niño de 15 meses de edad con un cálculo coraliforme de 14x6 mm-600 HU y un lito en uréter proximal de 7 mm-500 HU.

Resultados. La cirugía se realizó sin complicaciones intraoperatorias y se describe la ultra-mini NLP con camisa ureteral con aspiración en prono y con sistema de irrigación continua térmica, previniendo la hipotermia perioperatoria. El paciente comenzó la cirugía con 35,4°C y la temperatura final fue de 36,3°C en 90 minutos de procedimiento.

Conclusiones. El sistema de irrigación continua térmica es eficaz para prevenir la hipotermia perioperatoria inadvertida, mejorando la seguridad de las ultra-mini NLP con camisa ureteral con aspiración, mostrando resultados prometedores con altas tasas de “stone-free” y disminución de complicaciones. (Vídeo 3 minutos)

UROLOGÍA 2

Jueves, 23 de mayo de 2019

- **Volumen testicular en pacientes adultos operados de criptorquidia en edad infantil: 15 años de seguimiento.** Fernández Atuan, Rafael¹; Álvarez García, Natalia²; Estors Sastre, Blanca³; Siles Hinojosa, Alexander¹; Domínguez García, Cristina¹; Gracia Romero, Jesús⁴; Corona Bellostas, Carolina¹. ¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²Hospital Parc Taulí, Barcelona. ³Hospital Universitari Son Espases, Palma. ⁴Hospital Montpellier, Zaragoza.

Objetivos. Determinar la afectación que tiene la criptorquidia y la edad orquidopexia sobre el volumen testicular.

Métodos. Análisis retrospectivo de pacientes intervenidos por criptorquidia, entre 1961-1985 con un total de 143 pacientes y 216 unidades testiculares. Se toman datos de localización, aspecto y tamaño testicular medido por ecografía.

Resultados. Se observan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en la distribución del volumen testicular según el grado de disociación epidídimo-testicular. Se observa diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$) en la distribución del volumen testicular según grupos de operados (11,3 mm) y no-operados (18,8 mm) y también entre los unilaterales (15,8 mm) y los bilaterales (9,9 mm). No se observa correlación lineal significativa entre la edad de tratamiento quirúrgico y el volumen testicular.

Conclusiones. Según nuestro estudio el volumen testicular es menor en los pacientes con disyunción epidídimo-testicular y en los casos bilaterales. El teste intervenido presenta un volumen testicular menor que el teste no intervenido. No en-

contramos correlación con la edad de intervención quirúrgica y volumen testicular.

(Oral 5 minutos)

- **Paternidad en adultos intervenidos por criptorquidia en edad infantil en comparación con grupo control.** Fernández Atuan, Rafael¹; Calleja Aguayo, Elena²; Estors Sastre, Blanca³; Álvarez García, Natalia³; Bragagnini Rodríguez, Paolo¹; Siles Hinojosa, Alexander¹; Domínguez García, Cristina¹; Gracia Romero, Jesús⁴. ¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²Hospital Universitari Son Espases, Palma. ³Hospital Parc Taulí, Barcelona. ⁴Hospital Montpellier, Zaragoza.

Objetivos. Determinar la afectación de la fertilidad clínica definido como embarazo en 12 meses de relaciones sexuales sin mecanismos de anticoncepción y su relación con la edad de orquidopexia en pacientes con criptorquidia.

Métodos. Estudio de cohortes retrospectivo en pacientes intervenidos de criptorquidia entre 1961-1985 comparado con grupo control de varones de 31-51 años.

Resultados. Se incluyeron 157 casos 37 bilaterales y 120 unilaterales y 100 controles. El tiempo medio hasta el embarazo fue de 10,6 meses para los unilaterales, 15,8 meses para los bilaterales y 8,1 meses para el grupo control sin ser estas diferencias significativas. La edad media en el momento de la orquidopexia fue de 6,2 años (rango 6 meses a 17 años). No se observa diferencia estadísticamente significativa entre la edad media de orquidopexia y paternidad.

Conclusiones. No hay diferencia en la tasa de paternidad entre los pacientes intervenidos por criptorquidia haya sido esta uni o bilateral. El tiempo medio hasta el embarazo fue mayor en pacientes bilaterales aunque esta diferencia no fue significativa probablemente por el tamaño muestral. No hay diferencias en las tasas de paternidad de los pacientes con criptorquidia en relación a la edad de intervención quirúrgica. (Oral 3 minutos)

- **Resultados preliminares de la reconstrucción completa primaria diferida de la extrofia vesical en el varón.** Bueno Jiménez, Alba; Serradilla, Javier; Nava, Borja; Rivas, Susana; Lobato, Roberto; Amesty, Virginia; López-Pereira, Pedro; Castillo, Solón; Martínez-Urrutia, María José. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos. El éxito del cierre primario vesical en la extrofia (EV) es el factor determinante para la capacidad y continencia futuras. En los últimos años, debido a los resultados poco satisfactorios de la reparación por estadios, la reconstrucción completa diferida ha adquirido protagonismo. Analizar los resultados a corto plazo en varones con EV sometidos a cierre primario diferido y compararlos con el cierre vesical precoz en la reparación por estadios en nuestro centro.

Métodos. Evaluamos el éxito del cierre vesical, el manejo postoperatorio, las complicaciones y la presencia de hidronefrosis durante un tiempo de seguimiento de 12 meses en ambos grupos de pacientes: cierre primario precoz (grupo A) y diferido (B).

Resultados. El grupo A (n= 13), edad media al cierre de 25 horas y diástasis púbica media de 32 mm, permaneció con asistencia respiratoria y relajación muscular una media de 4 días postoperatorio. El éxito del cierre fue del 85% y 1 paciente mantuvo hidronefrosis más allá de los 6 primeros meses. Grupo B (n= 6), media al cierre de 58 días y de diástasis de 34 mm, se mantuvo con analgesia epidural en el postoperatorio. El éxito del cierre fue del 100% y el 50% presentó hidronefrosis transitoria. En ambos grupos se empleó igual inmovilización durante 3 semanas.

Conclusiones. Es necesario mantener una actitud crítica cuando los resultados no son satisfactorios. La reconstrucción primaria diferida es segura, permitiendo el éxito del cierre sin aumentar las complicaciones, comparado con la reparación por estadios. Aunque reduce el número de intervenciones, es necesario un seguimiento a largo plazo para evaluar el aspecto estético y funcional genital.

(Oral 5 minutos)

- **Cierre de cuello vesical: complicaciones y resultados a largo plazo.** Melero Guardia, Leonor; Cabeza Barbancho, Daniel; Tordable Ojeda, Cristina; Gómez Fraile, Andrés. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Analizar las repercusiones a largo plazo y las complicaciones de los cierres de cuello vesical realizados en los últimos 35 años en un hospital terciario.

Métodos. Se han revisado de manera retrospectiva 17 pacientes (11 niños-6 niñas) con cierre de cuello vesical (10 extrofias vesicales, dos extrofias de cloaca, una extrofia de cloaca cubierta, dos malformaciones anorrectales y dos mielomeningoceles).

Resultados. La edad media de la intervención de la desconexión cérvico-uretral fue de 10,6 años con tiempo medio de seguimiento de 20 años. En 3 de ellos (17,6%) el cierre del cuello vesical se produjo como complicación de la cistoureteroplastia. En todos los casos se efectuó un conducto cateterizable continente tipo Mitrofanoff y en nueve (52,9%) una enterocistoplastia de manera concomitante. Se consiguió sequedad en el 82% de los pacientes (dos casos precisaron reintervención (11,7%) y 4 pacientes presentaron fístulas (29,4%): 4 vesicocutáneas (23,5%) y una uretrocutánea (5,8%) Durante el tiempo de seguimiento han surgido las siguientes complicaciones: litiasis vesicales en 13 pacientes (76%), problemas con el estoma en 8 (47%) (3 perforaciones, 3 estenosis y 2 casos de pérdida de orina a través del mismo), 5 pacientes refirieron problemas durante la eyaculación (29,4%) y uno orquitis de repetición (5,8%).

Conclusiones. El cierre de cuello vesical es un procedimiento con una alta tasa de complicaciones a largo plazo, pero necesario en algunos pacientes cuando fallan otros mecanismos para lograr la continencia.

(Oral 3 minutos)

- **Cervicoureteroplastia perineal en el tratamiento de epispadias femenino.** Ardelá Díaz, Erick¹; Hernández Díaz, Carlos². ¹Unidad de Cirugía Pediátrica, Hospital Zorrotzaurre, Bilbao. ²Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario de Burgos.

Objetivos. El epispadias femenino aislado es una malformación congénita muy rara 1/500.000 RN, caracterizado por incontinencia urinaria y deformidad genital con clítoris bífido, monte de venus aplanado, labios menores separados y la placa uretral entre los labios mayores. La reparación del epispadias femenino, incluye la corrección del aspecto cosmético de los genitales externos y de la continencia urinaria en un solo tiempo o en 2 tiempos. La técnica de cervicoureteroplastia por vía transperineal completa en un solo tiempo. Los resultados de esta técnica son alentadores, por lo que su utilización se ha ido extendiendo progresivamente. El objetivo del presente trabajo es mostrar los detalles técnicos de este procedimiento.

Métodos. Presentamos una niña de 3 años con epispadias con clínica de incontinencia urinaria no valorable por la edad. Se plantea cervicoureteroplastia transperineal y reconstrucción completa de los genitales. La técnica en un solo tiempo consiste en una disección completa de la placa uretral, cervicoureteroplastia transperineal con reconstrucción de la musculatura perineal, reconstrucción del clítoris y vulvoplastia.

Resultados. La reconstrucción del epispadias en esta niña tuvo un excelente resultado anatómico y cosmético comprobándose adecuada continencia urinaria. No presento complicaciones. Se consiguió un alto grado de satisfacción familiar.

Conclusiones. La técnica de cervicoureteroplastia y reconstrucción genital en un solo tiempo permite un excelente resultado, tanto estético como funcional, en la reconstrucción del epispadias femenino.

(Vídeo 3 minutos)

- **Electroestimulación eléctrica transcutánea: una alternativa terapéutica en el manejo de la vejiga hiperactiva pediátrica.** Casal-Beloy, Isabel; Somoza Argibay, Iván; García González, Miriam; Dargallo Carbonell, Teresa. *Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.*

Objetivos. La neuromodulación vesical (NMD) con TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation) ha surgido como nueva alternativa en el manejo de las disfunciones del tracto urinario inferior. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad de la NMD en niños con diagnóstico de vejiga hiperactiva (VH).

Métodos. Estudio prospectivo de pacientes con diagnóstico de VH tratados con NMD. El TENS se mantuvo durante 6 meses. Evaluamos la evolución de la severidad de la sintomatología urinaria utilizando el cuestionario PLUTSS (*Pediatric Lower Urinary Tract Symptoms Score*). Valores de > 8,5 en esta escala fueron diagnósticos de DTUI.

Resultados. Un total de 21 pacientes (13 niñas) fueron incluidos en el estudio, con una edad media de 10 años (Rango: 6-16). Los síntomas más frecuentes fueron: Incontinencia (100%) y urgencia (89%). Encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en los valores medios del PLUTSS antes de iniciar tratamiento y al finalizar el mismo: PLUTSS inicial 17,8 (Rango: 10-29), a los 3 meses: 7,21 (Rango: 2-16), a los 6 meses: 5,6 (Rango: 3-12). El volumen miccional máximo de todos los pacientes aumentó a los 6 meses de tratamiento. Todos los pacientes sintieron una mejora en su calidad de vida al finalizar el estudio.

Conclusiones. La NMD con TENS parece una opción segura y eficaz en el manejo de la VH. La mayoría de padres prefieren esta terapia frente a la medicación oral. Deben ser realizados más estudios randomizados para demostrar su efectividad y protocolizar su aplicación en los pacientes en edad pediátrica.

(Oral 5 minutos)

- **Prevalencia de incontinencia urinaria diurna (IUD) y disfunción del tracto urinario inferior en edad escolar y análisis de factores de riesgo.** Somoza Argibay, Iván¹; Méndez Gallart, Roberto²; Casal Beloy, Isabel¹; Rodríguez Ruíz, María¹; García González, Miriam¹; Vincent, Salome¹; Gomez Tellado, Manuel¹. ¹Complexo Hospitalario Universitario A Coruña. ²Complexo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela.

Objetivos. Los últimos años ha incrementado la prevalencia de disfunciones del tracto urinario inferior (DTUI), afectando 10-15% de escolares. Este incremento se ha relacionado con cambios en estilo de vida y dietéticos. Pocos estudios analizan los factores de riesgo. Nuestro objetivo es conocer la prevalencia de DTUI y sus principales factores de riesgo.

Métodos. Estudio observacional transversal de prevalencia sobre muestra representativa de escolares de nuestra comunidad (N= 1069) de 46 colegios. Utilizamos un cuestionario sobre hábitos de aprendizaje miccional, hábito intestinal, datos dietéticos. Asociamos el cuestionario PLUTSS de *screening* de DTUI, tras traducirlo y validarlo en español. Análisis de regresión logística evaluaron los principales factores de riesgo.

Resultados. Los varones retiran el pañal más tarde (2,41 vs 2,25) comenzando el colegio con mayor porcentaje de incontinencia. El 31,9% retiraron el pañal para poder escolarizarse. La prevalencia de incontinencia urinaria fue 15% diurna y 12,2% nocturna, la de DTUI 8,3%, estreñimiento

20%, incontinencia fecal 2,8%, ITUs 12,4%, hábito posponedor 39,8%. El 28,7% de las DTUI referían repercusión psicológica. Los principales factores de riesgo fueron: varón (OR 1,87), menor edad (OR 0,78), retirada de pañal forzada por escolarización (OR 2,14), estreñimiento (OR 1,61) y hábito retencionista (OR 3,87).

Conclusiones. La incontinencia es un evento muy estresante, que lleva a desarrollar baja autoestima, problemas sociales y psicológicos. Las disfunciones vesicales e intestinales han mostrado tener alta prevalencia en nuestra población. Conocer su epidemiología, nos ha permitido emitir recomendaciones escolares, familiares y en atención primaria, con el fin de prevenir esta patología tan prevalente.

(Oral 5 minutos)

- **Incidencia y factores de riesgo de calcificación del habón de copolímero dextranómero/ácido hialurónico (Dx/HA) tras el tratamiento endoscópico del reflujo vesicoureteral.** García-Aparicio, Luis¹; Soria Gondek, Andrea²; Martín-Sole, Oriol¹; Martín-Lluis, Alba¹; Pérez-Bertólez, Sonia¹. ¹Sección de Urología Pediátrica, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. ²Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. Universitat Autònoma de Barcelona.

Objetivos. La calcificación del habón realizado con el copolímero dextranómero/ácido hialurónico (Dx/HA) es una complicación tardía del tratamiento endoscópico del reflujo vesicoureteral (RVU). La incidencia y su relevancia clínica no están bien establecidas. El objetivo de nuestro estudio es estimar la incidencia e identificar los factores de riesgo de calcificación tras la inyección de Dx/HA.

Métodos. Se han analizado de forma retrospectiva aquellos pacientes tratados con Dx/HA desde 2007 hasta 2014. Se compararon dos grupos; aquellos que no mostraban calcificación en el seguimiento ecográfico con aquellos que sí aparecía una calcificación en la zona de inyección. Se analizaron variables clínicas, radiológicas y quirúrgicas.

Resultados. Se analizaron 355 uréteres tratados, hallando 30 implantes calcificados. La incidencia fue 8,5% (95% IC: 5,96-11,85%). El seguimiento medio fue de 7,6 años. La probabilidad de calcificación fue mayor entre los 3 y 4 años después de la inyección. En el análisis multivariante mediante la regresión de Cox, la edad fue el único factor protector para la calcificación del implante, mientras que el éxito del tratamiento, la infección urinaria, el grado de RVU y la bilateralidad no estuvieron relacionados con la calcificación del implante. El test de Mantel-Haenszel mostró que la supervivencia sin calcificación era menor en los pacientes tratados por debajo de los 3,5 años de edad ($p = 0,011$).

Conclusiones. La calcificación tras la inyección de Dx/HA es alta. El único factor de riesgo hallado es la edad por debajo de los 3,5 años. Sugerimos un seguimiento ecográfico

co largo para poder establecer la incidencia y su relevancia clínica.

(Oral 3 minutos)

- **Reimplante ureteral extravesical en el tratamiento del reflujo vesicoureteral. ¿Importa la vía de abordaje?** Arboleda Bustan, Jenny; Pérez-Bertólez, Sonia; Martín-Sole, Oriol; Vicario La Torre, Fran; García-Aparicio, Luis. *Sección de Urología Pediátrica, Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.*

Objetivos. El reimplante ureteral extravesical (RUE) es una de las técnicas quirúrgicas empleadas para corregir el reflujo vesicoureteral (RVU). Últimamente el abordaje laparoscópico ha ido ganando terreno a la cirugía abierta. En nuestro centro la introducimos en 2014. El objetivo de este estudio es comparar los resultados de ambos abordajes.

Métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a RUE desde 2014 hasta 2017. Hemos comparado los siguientes datos: edad, género, grado de RVU, tratamiento endoscópico previo, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria (EH); complicaciones (clasificación de Clavien-Dindo), tasa de éxito radiológico (ausencia de RVU en la cistografía postoperatoria) y tasa de éxito clínico (ausencia de infecciones del tracto).

Resultados. Se han analizado 25 pacientes (29 uréteres). Catorce pacientes (17 uréteres) fueron tratados mediante cirugía laparoscópica, mientras que 11 pacientes (12 uréteres) fueron tratados mediante cirugía abierta. Ambos grupos fueron homogéneos en edad, género, grado de RVU y tratamiento endoscópico previo. El tiempo quirúrgico fue significativamente superior en el grupo RUE ($p < 0,05$). La tasa de éxito radiológico fue del 96,5% no habiendo diferencias significativas entre ambos abordajes. La tasa de éxito clínico fue del 100% en ambos grupos. Cuatro pacientes sufrieron complicaciones (3 Clavien I-II, 1 Clavien III) sin que hubieran diferencias significativas entre ambos grupos. La mediana de EH fue de 1 día en ambos grupos. ($p > 0,05$). El seguimiento medio fue de 33 meses (13-50).

Conclusiones. El RUE es eficaz y seguro en el tratamiento del RVU. El abordaje laparoscópico tiene los mismos resultados que la cirugía abierta exceptuando el tiempo quirúrgico.
(Oral 3 minutos)

- **Priapismo isquémico como debut diabético en un paciente pediátrico.** Stout-Dore, Charlotte Summer; Recober Montilla, Antonio; Almendro García, Laura; Míeles Cerchar, Moisés; Ibáñez Cerrato, Luis Fernando; Pérez Rodríguez, Juan. *Hospital Materno Infantil de Málaga.*

Objetivos. El priapismo es una erección mantenida que se mantiene durante más de 4 horas. Hay dos tipos: alto flujo

(no isquémico) y bajo flujo (isquémico). Este último se considera una emergencia urológica, debido a que causa fibrosis de los cuerpos cavernosos, produciendo disfunción eréctil y desfiguración peneana permanente. Es una entidad muy poco frecuente en la edad pediátrica, siendo las causas más frecuentes la anemia falciforme (65%), seguido de leucemia (10%), traumatismos (10%), idiopático (10%) o farmacológico (5%).

Métodos. Presentamos un paciente varón de 12 años que presenta priapismo de 4 días de evolución en contexto de debut de Diabetes Mellitus tipo II.

Resultados. Varón de 12 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por una erección mantenida de 4 días de evolución. Se realiza analítica de sangre con glucemia de 663 mg/dl, ecografía doppler y una gasometría de cuerpos cavernosos con diagnóstico de priapismo tipo isquémico, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente. Se realizan lavados de los cuerpos cavernosos con adrenalina 1/1.000.000, que es necesario repetir un total de tres veces para conseguir remitir la erección por completa. Durante su estancia UCI-P presenta una hiperglucemia mantenida > 250 mg/dl y HbA1c 9%. En el postoperatorio inmediato el paciente presentó un fallo renal agudo por una nefropatía por contraste. Posteriormente evolucionó favorablemente.

Conclusiones. El priapismo isquémico pediátrico es una entidad muy poco frecuente que requiere un manejo quirúrgico urgente para evitar secuelas a largo plazo. Presentamos un detonante de priapismo no descrito previamente en pacientes pediátricos.

(Póster presentado)

- **Hematocolpos y hematometra como forma de presentación de la atresia vaginal distal.** Sánchez Abujín, Alberto; Alonso Arroyo, Verónica; Carrillo Arroyo, Isabel; Molina Vázquez, María Elena; Gómez Beltrán, Óscar; Aguilar Cuesta, Raquel. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivos. La atresia vaginal distal es una patología infrecuente que deriva de la falta de desarrollo de los 2/3 distales de la vagina a partir de seno urogenital. El 1/3 proximal de la vagina y el útero, de origen mülleriano se desarrollan con normalidad. Diagnóstico diferencial con himen imperforado, seno urogenital persistente, tabique vaginal transversal y divertículo uretral. Presentamos un caso de agenesia vaginal distal y su manejo.

Métodos. Paciente mujer de 14 años, con amenorrea primaria y abdominalgia de 15 días de evolución. Masa abdominal palpable en hipogastrio. El examen genital y perineal reveló 2 orificios correspondientes al meato uretral y ano. Hemograma, bioquímica y análisis urinario normales. Test de embarazo negativo. Cariotipo: 46, XX. Ecografía y RMN abdominal: hematocolpos masivo y hematometra secundarios a agenesia vaginal distal, con distancia al periné de 5 cm.

Resultados. Cirugía en 2 tiempos: drenaje vaginal transuretral (primer tiempo) y descenso mediante la combinación del

abordaje laparoscópico y perineal (segundo tiempo). Calibre vaginal adecuado (empleo de dilatadores vaginales al alta) y normalización de la menstruación a los 4 meses postintervención.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes con agenesia vaginal o atresia vaginal distal presentan amenorrea primaria \pm abdominalgia, y genitales externos de apariencia normal. Destacamos la importancia de un correcto examen genital y perineal en adolescentes con dolor abdominal. Lo ideal es un descenso vaginal temprano vía perineal, abdómino-perineal o sagital posterior; en función de la distancia al periné. El retraso en el tratamiento se ha asociado a endometriosis y deterioro de la capacidad reproductiva.

(Póster presentado)

- **Papiloma ureteral de doble localización en un niño.** Fernández Córdoba, María Soledad¹; Ramírez Piqueras, María¹; Moratalla Jareño, Tania¹; Marijuán Sahuquillo, Verónica¹; Argumosa Salazar, Yrene Margarita¹; Rojas Ticona, Javier¹; Hernández Anselmi, Esperanza¹; Giménez Bachs, José Miguel². ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ²Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos. Los papilomas uroteliales en niños son raros. Suelen ser vesicales y únicos, como lesiones exofíticas benignas de urotelio de aspecto normal y sin atipias. Nuestro objetivo es aportar un caso excepcional de papiloma ureteral en un niño, de doble localización, a nivel pieloureteral y uréter-vesical, sin componente intravesical.

Métodos. Varón de 8 años que se intervino por sospecha de estenosis pieloureteral al presentar cuadros de dolor abdominal y vómitos, una ectasia pielocalicial ecográfica, y un patrón renográfico obstructivo. En la cirugía se apreció un tumor intraluminal a nivel pieloureteral que se resecó, siendo el resto del uréter en apariencia sano. El estudio histológico confirmó papiloma urotelial. El postoperatorio inmediato cursó sin complicaciones, con mejoría ecográfica, pero 4 meses más tarde, acudió a urgencias con dolor abdominal, ureterohidronefrosis e imagen polipoidea en uréter distal visualizados con ecografía. Se trató con ureteroscopia y fotovaporización con láser Holmium en uréter distal y se insertó un catéter doble J.

Resultados. Tras la segunda intervención, la evolución clínica y ecográfica ha sido favorable, desapareciendo la ectasia.

Conclusiones. Los pocos casos reportados en la literatura, aportan escasa experiencia y no existe un protocolo de seguimiento, aunque la recomendación es realizar controles ecográficos durante un mínimo de 5 años. En nuestro paciente existe una duda sobre la existencia de ambos tumores de forma simultánea o la probabilidad de una recurrencia local o siembra del tumor distal, por lo que plantearemos seguimiento a más largo plazo con ecografías y, en caso de duda, ureterorenoscopia.

(Póster presentado)

- **Factores clínicos en malformaciones capilares neonatales en el tronco. ¿cuándo sospechar otras malformaciones asociadas? Estudio de casos y controles.** Delgado-Miguel, Carlos; Muñoz-Serrano, Antonio Jesús; Triana Junco, Paloma; Miguel Ferrero, Miriam; Díaz González, Mercedes; Estefanía, Karla; Velayos, María; López Gutiérrez, Juan Carlos. *Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Objetivos. Las malformaciones capilares (MC) pueden ser esporádicas o sindrómicas, asociadas con otras malformaciones venosas (MV) o linfáticas (ml) subyacentes. El objetivo de este estudio es describir los patrones clínicos en el neonato que nos permiten diferenciar las MC esporádicas de aquellas asociadas con otras malformaciones vasculares.

Métodos. Se realizó un estudio de casos y controles en neonatos con MC en tronco seguidos en nuestro centro entre 2008 y 2018. Los pacientes fueron distribuidos en dos grupos: A (casos: MC asociada a MV o ml) y B (controles: MC esporádica sin otras malformaciones asociadas). Se evaluaron variables demográficas y clínicas recogidas en la historia clínica (color, localización, multifocalidad, bilateralidad, posición respecto al eje vascular y afectación de línea media).

Resultados. Se incluyeron 38 pacientes (18 casos y 20 controles) sin diferencias en sexo y edad. En el grupo A, la totalidad de los pacientes presentaron MC con color uniforme y localización lateral ($p < 0,001$). En este grupo, la afectación bilateral y multifocal fue menor que en el grupo B, sin diferencias significativas entre ambos grupos. La distribución de las MC en el grupo A fue en todos los casos paralela al eje vascular y la línea media siempre fue respetada, sin observarse estas características en el grupo B ($p < 0,001$).

Conclusiones. La presencia de una MC en el tronco de un neonato con color uniforme, localización lateral, posición paralela al eje vascular y ausencia de afectación de la línea media, debe hacernos sospechar otras malformaciones vasculares subyacentes, que deben ser estudiadas con pruebas complementarias.

(Oral 5 minutos)

- **Uso de dermis artificial en el cierre primario de la fisura palatina.** Prada Arias, Marcos; Gómez Veiras, Javier; Montero Sánchez, Margarita. *Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo.*

Objetivos. Presentar el uso novedoso de dermis artificial en la cirugía primaria de la fisura palatina y demostrar su seguridad y utilidad.

Métodos. Se evaluaron retrospectivamente los pacientes intervenidos de fisura palatina en nuestro centro durante 15 años (2000-2015). Se recogieron diferentes variables,

incluyendo el tipo de fisura, la técnica quirúrgica, el uso de dermis artificial y el desarrollo de fístula postoperatoria, que se analizaron estadísticamente de manera descriptiva y univariante.

Resultados. Se intervinieron un total de 65 pacientes, siendo el desarrollo de fístula postoperatoria la complicación más frecuente con un total de 9 casos (13,8%). No se detectaron complicaciones relacionadas con la utilización de dermis artificial. El análisis de los diferentes tipos de fisuras, técnicas quirúrgicas y uso de dermis artificial mostró la asociación del desarrollo de fístula postoperatoria con la técnica de Veau-Wardill-Kilner y el no uso de dermis artificial (6 fístulas en 27 casos intervenidos sin dermis artificial, frente a 1 fístula en 10 casos intervenidos con dermis artificial). La técnica de Furlow no se asoció al desarrollo de fístula postoperatoria, independientemente del uso de dermis artificial (0 fístulas en los 21 casos intervenidos, 8 sin uso de dermis artificial y 13 con uso de dermis artificial).

Conclusiones. El uso de dermis artificial en el cierre primario de la fisura palatina es seguro. Consideramos especialmente indicado su utilización en la técnica de Veau-Wardill-Kilner, pues se asocia a una disminución en el número de fístulas postoperatorias.

(Oral 3 minutos)

- **Sirolimus en 100 pacientes con anomalías vasculares: ¿qué hemos aprendido?** Triana Junco, Paloma; Miguel Ferrero, Miriam; Díaz González, Mercedes; López Gutiérrez, Juan Carlos. *Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Objetivos. El tratamiento con sirolimus en anomalías vasculares complejas es una opción para aquellos pacientes refractarios a otros tratamientos y aquellos con alto riesgo de complicaciones y secuelas. El objetivo es presentar nuestra experiencia en 100 pacientes.

Métodos. Revisión retrospectiva de pacientes con anomalías vasculares complejas en tratamiento con sirolimus en los últimos 7 años. El tratamiento se administró por vía oral con una dosis inicial de 0,8 mg/m² cada 12 horas, realizándose analítica con niveles en sangre al mes del inicio del tratamiento y cada 3 meses para un rango terapéutico entre 5 y 15 ng/ml.

Resultados. Cien pacientes fueron incluidos, siendo 52 mujeres y 48 hombres, con una edad mediana al inicio del tratamiento de 10 meses (desde el primer día de vida hasta los 56 años). La mayoría (79%) presentaban malformaciones de bajo flujo [linfáticas (53), venosas (12) y mixtas (14)]; siendo menos aquellos con malformaciones de alto flujo (6), tumores vasculares (5) y otras patologías (10). Las malformaciones de bajo flujo presentaron buena respuesta [parcial (88,6%), completa (4%)] al igual que los tumores vasculares [parcial (60%), completa (40%)]; mientras que las malformaciones de alto flujo y otras patologías presentaron peor respuesta [parcial (44%), estabilidad (12%), progresión (44%)]. Los efectos secundarios fueron leves y autolimitados (15%), y en

menor medida moderados (7%) precisando ajuste o retirada del tratamiento. Sesenta pacientes continúan bajo tratamiento.

Conclusiones. El sirolimus es seguro y eficaz en el tratamiento de las anomalías vasculares, principalmente en malformaciones de bajo flujo y algunos tumores vasculares.

(Oral 3 minutos)

- **Tratamiento de las malformaciones venosas con afectación intramuscular con enoxaparina sódica subcutánea.** Blanco Portals, María del Carmen; Gómez Tellado, Manuel; Del Pozo Losada, Jesús; Rodríguez Ruiz, María; Casal Beloy, Isabel; Vincent, Salomé. *Complexo Hospitalario Universitario A Coruña.*

Objetivos. Comprobar la eficacia del tratamiento anticoagulante en pacientes pediátricos diagnosticados de malformación venosa con afectación intramuscular no subsidiarios de exéresis quirúrgica.

Métodos. Presentamos una serie de casos de niños diagnosticados de malformación vascular venosa con importante componente intramuscular, entre el 2015 y 2018, tratados en nuestro servicio con enoxaparina sódica ante el fracaso de la terapia convencional en episodios de dolor incapacitante.

Resultados. Un total de 3 pacientes diagnosticados de malformación venosa con componente intramuscular presentaron episodios de dolor intenso en la extremidad afectada con mala o nula respuesta al tratamiento con presoterapia con malla y antiinflamatorios orales. Analíticamente destaca en los tres la elevación de dímero-D > 500 ng/ml. Debido al mal control del dolor y al aumento progresivo de dímero-D se decide iniciar tratamiento con inyecciones subcutáneas diarias de enoxaparina sódica durante un mes. Tras las primeras dosis ya hay mejoría evidente del dolor, constatándose posteriormente el descenso de dímero-D en la analítica.

Conclusiones. Existen muy pocos estudios sobre el uso de anticoagulantes en el tratamiento de malformaciones vasculares en niños. Se ha usado la heparina de bajo peso molecular como estrategia para suprimir la coagulación vascular localizada, disminuir los niveles de dímero-D y de esta forma detener la sobreactivación de la coagulación y el consumo de sus factores. No obstante se necesitan más estudios prospectivos adecuados para comprobar la eficacia y seguridad de estos fármacos en pacientes pediátricos. Además deben desarrollarse unos criterios de consenso para la indicación de esta terapia, qué dosis administrar y durante cuánto tiempo.

(Oral 3 minutos)

- **Linfangioendoteliomatosis multifocal con trombopenia: variabilidad fenotípica y respuesta a rapamicina.** Nava y Hurtado de Saracho, Francisco de Borja; Álvarez Barrial, María; Muñoz Serrano, Antonio Jesús; Díaz, Mercedes; Triana Junco, Paloma; López Gutiérrez, Juan Carlos. *Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Objetivos. La linfangioendoliomatosis multifocal con trombopenia (LMT), es una malformación vascular congénita y generalizada, con una mortalidad significativa, caracterizada por múltiples lesiones cutáneas y afectación visceral variable, principalmente el tracto gastrointestinal, asociado a trombopenia por atrapamiento plaquetar. Nuestro objetivo es describir los diferentes fenotipos, así como nuestra experiencia en su tratamiento.

Métodos. Presentamos un estudio retrospectivo de pacientes con características histológicas propias de LMT en un hospital terciario de referencia. Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos y de evolución, así como seguimiento a largo plazo en un periodo de 7 años.

Resultados. Cuatro pacientes (3 hombres y 1 mujer) presentaron al nacimiento máculas y pápulas eritematosas de distinto tamaño. Los pacientes desarrollaron episodios de hematemesis severas con transfusión de hemoderivados en un contexto de trombopenia siendo la región más afectada el estómago seguido del colon. Se detectaron nódulos pulmonares bilaterales en dos pacientes. La histología fue común en todos ellos, presentando en dermis vasos alargados con endotelio prominente y en tacheola con proyecciones papilares intraluminales. La inmunohistoquímica fue característica siendo CD-31 (+) y CD-34 (+). Dos pacientes fueron tratados con inhibidores mTOR (rapamicina) con disminución progresiva de la afectación extracutánea y recuperación plaquetar, pero con pobre respuesta de las lesiones dérmicas respectivamente. Dos pacientes fueron tratados con vincristina con reducción de los episodios de sangrado digestivo. No se registró ningún fallecimiento.

Conclusiones. Aunque la LMT presenta una afectación cutánea, hematológica y típicamente gástrica que la convierte en una entidad propia, no todos los síntomas son siempre evidentes, apareciendo de forma heterogénea y sin respuesta uniforme.
(Oral 3 minutos)

- **Ahora no me ves, ahora me ves. Nuestra experiencia en el tratamiento de la recidiva del hemangioma infantil.** Domínguez-García, Cristina; González Herrero, Marina; González Esgueda, Ainara; Siles Hinojosa, Alexander; Salcedo Arroyo, Paula; Ruiz de la Cuesta Martín, Carmen. *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivos. Analizar la respuesta a un segundo ciclo de propranolol oral en las recidivas de hemangioma infantil (HI) en nuestro centro.

Métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo, de 42 pacientes con HI que iniciaron tratamiento con propranolol oral en nuestro centro durante los años 2014-2018. Analizamos variables demográficas y la respuesta a un segundo ciclo de tratamiento en las recidivas observadas.

Resultados. Se sometieron a tratamiento con propranolol oral 42 pacientes, 71,4% mujeres y 28,6% hombres; 26% fueron prematuros; 57,1% presentaron un componente mixto, siendo lo más frecuente el hemangioma único (64,3%). La

mediana de edad al inicio del tratamiento fue de 5 meses (1-22 meses). En todos los casos la duración del tratamiento fue igual o superior a los 6 meses. Se evidenciaron 6 recidivas, 5 de los casos con localización cérvico-facial. Tres de ellos eran prematuros, iniciándose en el 83% de los casos la terapia antes de los 6 meses de vida. Se realizó un segundo ciclo de propranolol oral en 5 de los 6 pacientes, de al menos 6 meses de duración. En 3 de los 5 casos se evidenciaron mejorías con reducción del tamaño de la lesión.

Conclusiones. En nuestra experiencia, un segundo ciclo de propranolol oral presenta una respuesta efectiva en caso de HI recidivados. Es necesario un estudio con mayor tamaño muestral para determinar qué pacientes se beneficiarían de un tratamiento de mayor duración o altas dosis de propranolol.

(Oral 3 minutos)

- **Nueva herramienta en el manejo de los niños fisurados en países en vías de desarrollo: Cleft Passport.** Riba, Mireia¹; Vicario, Francisco¹; Massaguer, Clara¹; Bejarano, Miguel¹; Manzanares, Alejandro²; Salcedo, Carlos³. ¹Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. ²Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona. ³Hospital Universitari Son Espases, Palma.

Objetivos. Uno de cada mil niños nacerá con fisura labio-palatina con independencia de su origen, raza o país. Muchos de ellos en países sin recursos económicos o profesionales. Numerosos equipos, organizaciones, fundaciones y ONGs trabajan con estos pacientes en sus países de origen. En muchas ocasiones la familia y los profesionales desconocen tanto los tratamientos recibidos como los tienen por recibir desde antes de nacer hasta la edad adulta.

Métodos. Cleft Passport es un documento en formato de pasaporte que se entrega a la madre.

Resultados. 50 ejemplares han sido entregados a profesionales y madres en la 14 campaña de FES en Guinea Bissau. Incluye y permite:

- Filiación: Datos, fotografía, diagnóstico e historia clínica especializada.
- Seguimiento: Registro de tratamientos aplicados y filiación del equipo.
- Triaje: Foto con móvil de la página de filiación que guarda el profesional local y permite un TRIAJE para futuras campañas.
- Derechos: Reivindica los diferentes tratamientos que el niño puede recibir.
- Formación: Implica a los profesionales locales en el seguimiento a largo plazo El documento está colgado en la web ww.fesfundacio.org y se puede descargar/imprimir y mejorar por los equipos que trabajan con estos pacientes en cualquier lugar del mundo.

Conclusiones. Puede ser una herramienta positiva y útil a los niños fisurados en países en vías de desarrollo.

(Póster presentado)

- **Malformación capilar multifocal con anetodermia central. Serie de casos.** Delgado-Miguel, Carlos¹; Ivars, Marta²; Wyrzykowski, Dariusz³; Muñoz-Serrano, Antonio Jesús¹; Miguel Ferrero, Miriam¹; Díaz González, Mercedes¹; Triana Junco, Paloma¹; López Gutiérrez, Juan Carlos¹. ¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Clínica Universidad de Navarra. ³Hospital Universitario de Gdansk.

Objetivos. Las malformaciones capilares (MC) pueden ser el sello distintivo de otras anomalías subyacentes asociadas y su patrón debe ser reconocido por los neonatólogos y cirujanos pediátricos para poder brindar asesoramiento con precisión. Los síndromes de Sturge-Weber, Cobb o CLAPO, entre otros, son buenos ejemplos de dicha condición. Presentamos 8 pacientes con un nuevo fenotipo de MC característico, que no puede clasificarse dentro de ninguno de los patrones descritos.

Métodos. Describimos una serie de casos de pacientes seguidos en nuestra institución entre 2008 y 2018, que presentan características únicas que representan un patrón no reconocido previamente y que merecen una investigación futura.

Resultados. Se incluyen 8 pacientes (5 mujeres y 3 hombres), con un nuevo fenotipo de MC presente desde el nacimiento, con distribución multifocal y segmentaria, color rojo brillante, márgenes bien definidos y un área de atrofia central o atrofia macular. La localización más frecuentemente afectada fue la región glútea (3 pacientes). Las características histológicas de todos ellos fueron similares con hallazgos únicos. Ninguno de los pacientes presentó malformaciones vasculares o esqueléticas asociadas. Los estudios genéticos para confirmar la mutación GNAQ o GNA11 pronto estarán disponibles.

Conclusiones. Presentamos un nuevo fenotipo de MC no descrito previamente y no clasificable provisionalmente. Lo hemos denominado “malformaciones capilares multifocales con atrofia central” para diferenciarlo de las MC geográficas, que generalmente se asocian con otras malformaciones vasculares y, por lo tanto, con mayor morbilidad. El estudio genético de posibles mutaciones en las vías moleculares involucradas en estas malformaciones vasculares nos ayudará a profundizar su patogénesis.

(Póster presentado)

- **Síndrome de Adams-Oliver. Uso de matriz de regeneración dérmica en un caso de aplasia cutis congénita de gran tamaño.** Merino Mateo, Lara; Delgado Muñoz, María Dolores; Martí Carrera, Eunat; Redondo Sedano, Jesús Vicente; Melero Guardia, Leonor; Martín Alelu, Rubén; Gómez Fraile, Andrés. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Exponer el manejo multidisciplinar que requirió el tratamiento de una aplasia cutis congénita (ACC) de gran tamaño en el contexto del síndrome de Adams-Oliver (SAO).

Métodos. Presentamos el caso de una recién nacida a término, de padres sanos con diagnóstico prenatal aislado

de agenesia de falanges distales de ambos pies y estudio de extensión con RMN sin anomalías asociadas. Al nacimiento se evidenció además, hipoplasia de falanges distales de ambas manos, cutis marmota telangectásica y un defecto cutáneo óseo en cuero cabelludo (9x11 cm) con exposición de duramadre y encéfalo; todos ello compatible con el síndrome polimalformativo de Adams-Oliver.

Resultados. Se realizó tratamiento conservador con curas locales por 4 semanas. Ante la escasa evidencia de crecimiento cutáneo y el riesgo infeccioso y de sangrado masivo por exposición continua de seno venoso sagital, se planteó el tratamiento quirúrgico para el cierre del defecto cutáneo con utilización de matriz de regeneración dérmica (MRD) e injertos cutáneos autólogos. Sin registrar ninguna complicación infecciosa y con buena evolución progresiva de la zona afectada, se decidió alta con controles ambulatorios a los 4 meses de vida. Como complicación presentó pequeña fuga de líquido cefalorraquídeo (LCR) resuelta conservadoramente.

Conclusiones. El SAO es un síndrome que frecuentemente asocia ACC, lesión de especial importancia cuando existe defecto óseo y de duramadre subyacente al defecto cutáneo. Exponemos un caso de un defecto de gran tamaño con un tratamiento combinado, conservador inicial y quirúrgico final, donde la utilización de MRD se ha demostrado eficaz y segura.

(Póster presentado)

- **Fisura cervical media: nuevos hallazgos anatómicos y adecuación del tratamiento.** Riba Martínez, Mireia¹; Bejarano Serrano, Miguel¹; Hernández-Díaz, Carlos²; Moraleda Gudavol, Inés; Massaguer Bardají, Clara¹; Gómez Chiari, Marta¹; Ribalta Farrés, Teresa¹; Krauel Giménez-Salinas, Lukas¹; Parri Ferrandis, Francisco¹; Albert Cazalla, Asteria¹. ¹Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. ²Hospital Universitario de Burgos.

Objetivos. La fisura cervical media (FCM) es una malformación rara: hay una pérdida de continuidad en las partes blandas cervicales anteriores con una piel rojiza hipotrófica, un mamelón de tejido conectivo y piel en la parte superior y un seno ciego tapizado de epitelio ciliado en la parte inferior. Existe una limitación a la extensión con aspecto de chordée en el perfil y cierta retrognatia. Es debida al fracaso de fusión del 1^{er} y 2^o arcos branquiales. El tratamiento clásico es la exéresis de la lesión y la Z-plastia cutánea, pero con frecuencia persiste la retracción cervical. Objetivo: comunicar el hallazgo de una estructura contráctil responsable de la retracción cervical, no descrita previamente.

Métodos. Se presentan los hallazgos quirúrgicos, radiológicos e histológicos de los 4 casos de FCM tratados en los últimos 8 años.

Resultados. Gracias a la reintervención por recidiva de la retracción del caso 1 a los 4 años, se halló una estructura longitudinal contráctil inmediatamente por debajo del plano cutáneo, en cuya histología había componente muscular. En los casos

2 y 4 la RM identificó una estructura subcutánea compatible con músculo. La ECO no la encontró en el caso 3. En los 4 casos se encontró y se reseco una banda muscular longitudinal subcutánea. En 3 casos con histología se confirma el hallazgo.

Conclusiones. Existe una estructura anatómica muscular anterior al platismo, responsable de la limitación a la extensión del cuello. La resección de esa estructura libera la tensión del cuello, por lo que puede obviarse la Z-plastia.

(Póster presentado)

- **Reparación de fístula palatina con interposición de matriz de colágeno.** Sánchez Abuín, Alberto; Alonso Arroyo, Verónica; Gómez Beltrán, Óscar; Aguilar Cuesta, Raquel; Molina Vázquez, María Elena. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivos. La fístula palatina tras la reparación de la fisura palatina aparece en un 7,7%-35% y su índice de recurrencia es de 33%-37%. El cierre de estas fístulas se puede realizar con flaps locales, regionales o de tejidos a distancia; y distintos materiales sintéticos. El objetivo es presentar dos casos de fístula palatina con reparación multicapa representada por mucosa nasal, injerto interposicional sintético y mucosa oral.

Métodos. Paciente 1: varón con fisura de paladar blando intervenido al año de edad mediante técnica de Furlow modificada. Reintervención a los 3 años de edad por fístula palatina en la unión de paladar blando con paladar duro (tipo III de Pittsburgh). Reparación multicapa mediante flap local de rotación e interposición de matriz de colágeno entre las capas nasal y oral. Refuerzo de la sutura con adhesivo hemostático de fibrina. Paciente 2: varón con Síndrome de Prader-Willi y fisura de paladar blando intervenido a los 2 años de edad mediante técnica de Furlow. Reintervención a los 5 años de edad por fístula palatina tipo III de Pittsburgh. La técnica empleada es la descrita en el caso previo.

Resultados. En ambos casos se mantiene intubación orotraqueal durante 24 horas. La evolución postoperatoria fue favorable, sin recidiva de la fístula ni otras complicaciones tras 2 años de seguimiento.

Conclusiones. Los injertos interposicionales de membrana reabsorbible del colágeno proporcionan un “andamio” para el crecimiento de los tejidos, la revascularización y la epitelialización de la mucosa siendo efectiva en la reparación de fístulas palatinas.

(Póster presentado)

TÓRAX I

Viernes, 24 de mayo de 2019

- **Relaciones anatómicas en el síndrome de compresión traqueal por la arteria innominada: Estudio de casos y controles retrospectivo.** Crehuet Gramatyka, David; Gu-

tiérrez Sanromán, Carlos; Fonseca Martín, Rosa; Barrios Fontoba, José Enrique; Esteban Ricós, María Jesús; Miró Rubio, Ignacio; Mínguez Gómez, María Antonia; Ortolá Fortes, Paula; Costa Roig, Adrià; Del Peral Sanmaniego, María Pilar; Diéguez Hernández-Vaquero, Irene; Vila Carbó, Juan José. *Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.*

Objetivos. El objetivo es comparar la posición de tronco braquiocefálico (TB) respecto la tráquea y otras relaciones anatómicas, de pacientes diagnosticados de síndrome de compresión de la arteria innominada (SCAI) con pacientes controles.

Métodos. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de SCAI en nuestro centro, a los que se realizó una tomografía computerizada (TC). Se compararon con controles de pacientes con TC con contraste, sin patología respiratoria obstructiva, sin malformación cardíaca ni masa torácica deformante. Los casos se aparearon con tres controles, por grupos de edades similares. Los resultados se expresan en medianas y rangos.

Resultados. Se incluyeron 9 casos (7 H y 2 M) con 27 controles (20 H y 7 M). La posición horaria del nacimiento del TB respecto tráquea en los casos fue de 1:30 (00:30-3:00) y en los controles 1:30 (00:30-2:30), sin hallarse diferencias ($p=0,72$). El diámetro anteroposterior/transverso de la tráquea fue de 0,44 (0,184-0,6) en los casos y 0,885 (0,64-1,16) en los controles, siendo la diferencia significativa ($p=0,00001$). La distancia esternón-tráquea/esternón-columna fue 0,685 (0,6-0,76) en controles y 0,67 (0,49-0,79) en casos, sin diferencias significativas ($p=0,75$). El ángulo de la cifosis torácica fue 29° (9-34) en los casos y 24° (4-33) en controles, sin hallar diferencias ($p=0,45$).

Conclusiones. En conclusión, no observamos diferencias en el nacimiento del TB respecto la tráquea entre los grupos, hallándose en todos los niños en el hemicuerpo izquierdo, poniendo en duda que el SCAI es debido a un nacimiento más izquierdo del TB.

(Oral 5 minutos)

- **Crioanalgesia toracoscópica: cambio radical en el paradigma del dolor postoperatorio en *pectus excavatum*.** Cadaval Gallardo, Carlos¹; Martínez, Jorge Luis²; Nazar, Maximiliano²; Bellia Munzón, Gastón²; Martínez Ferro, Marcelo². ¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Fundación Hospitalaria Buenos Aires.

Objetivos. Reportar nuestra experiencia inicial en pacientes con *pectus excavatum* intervenidos mediante toracoplastia toracoscópica en los que se empleó la técnica de crioablación nerviosa como terapia analgésica intraoperatoria.

Métodos. Pacientes con *pectus excavatum* intervenidos en los que se realizó crioanalgesia intraoperatoria. De esta población (N= 15), (13 varones, 2 mujeres), la media de edad fue 15,8 años (13-22), peso 57,5 kg (38-73), Índice de Haller

5,5 (3,5-16,9), Índice de corrección 40,9% (23-74). Rotación esternal (8 derecha, 7 izquierda, 2 sin rotación). Desplazamiento cardíaco: 6 no presentaban, 9 a izquierda. Técnica: mediante un sistema generador de frío se enfría una sonda a -80°C y se realiza presión directa durante 2 minutos sobre reborde costal inferior. Se actúa bilateralmente sobre 5 espacios intercostales (3°-7°). Empleo de escala visual analógica (EVA) para control de dolor postoperatorio mediante formulario y registro telemático.

Resultados. Se implantaron 3 barras en 10 pacientes y 2 en 5 (N= 15). Tiempo medio de crianalgesia fue 40 min (30-75), ninguno recibió analgesia epidural, Intubación selectiva pulmonar (7/15). Media de internación 38,8 horas (24-75). Necesidades de opiáceos (5 pacientes = 0 dosis, 2 pacientes = 1, 2 pacientes = 2, 4 pacientes = 3 o más). Media de registro de escalas de dolor: 3-2-0,8-0,2 en los días postoperatorios 1, 2, 7 y 21, respectivamente.

Conclusiones. La crianalgesia supone un cambio radical en el control del dolor postoperatorio del paciente intervenido de *pectus excavatum*, permitiendo en la mayoría de casos el alta precoz en las primeras 24-48 horas, con analgesia domiciliaria de primer escalón.

(Oral 5 minutos)

- **Implantación de marcapasos sin cables: primera serie pediátrica.** Pérez Bertólez, Sonia¹; Congiu, Stefano²; Moscoso Garrido, Bosco Alejandro²; Riba Martínez, Míreia¹; Moll Adrián, Isaac³; César Díaz, Sergi⁴; Brugada Terradellas, Josep⁴; Sarquella Brugada, Georgia⁴. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica; ²Servicio de Cirugía Cardíaca; ³Enfermería Pediátrica, Unidad de Arritmias; ⁴Servicio de Cardiología Pediátrica, Unidad de Arritmias. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

Objetivos. La implantación de marcapasos es la única solución efectiva para los pacientes con síncope con asistolia. Progresivamente los marcapasos se reducen y sofistican. El sistema de estimulación sin cables pretende evitar las complicaciones relacionadas con los cables transvenosos con sistemas diseñados para la implantación por vía venosa femoral. El objetivo de este trabajo es presentar la primera serie pediátrica.

Métodos. Estudio prospectivo de niños sometidos a implantación de marcapasos sin cables en nuestro centro entre julio 2018-enero 2019. El dispositivo consiste en una cápsula de 0,8 cm³ de volumen y 2 g, que se ancla al endocardio con un sistema de 4 púas de nitinol eléctricamente inactivas, mediante una vaina deflectable de 27Fr introducida por una vena. La vía femoral se limita en los menores, por lo que innovamos realizando el implante por vía yugular mediante procedimiento híbrido (electrofisiología-cirugía). Hemos analizado variables demográficas, clínicas, quirúrgicas y radiológicas.

Resultados. Realizamos 6 implantes de marcapasos sin cables: 3 vía transfemoral y 3 transyugular, todos con asisto-

lias sintomáticas registradas mediante holter implantable entre 10 seg y 2 min. 4 eran varones. La edad media fue 7 años (r= 3-14), el peso medio: 17,2 kg (r= 13-37). Comprobamos la adecuada ubicación y fijación en 3 proyecciones, con parámetros de implante agudo correctos. El tiempo medio de escopia fue 25:18 min (r= 5:00-56:31). El tiempo de ingreso fue de 24 h. El tiempo medio de seguimiento es de 5 meses, sin complicaciones y con parámetros correctos.

Conclusiones. La implantación endovascular de marcapasos sin cables es una técnica segura y efectiva en pacientes pediátricos.

(Oral 5 minutos)

- **Denervación cardíaca simpática izquierda como tratamiento adyuvante en las arritmias ventriculares congénitas.** Martín-Lluís, Alba¹; Rossi, María Lucía²; Palazón Bellver, Pedro¹; Saura García, Laura¹; Sarquella-Brugada, Georgia²; Tarrado Castellarnau, Xavier¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica; ²Unidad de Arritmias. Hospital Sant Joan de Déu-Universitat de Barcelona. Barcelona.

Objetivos. Revisar nuestra experiencia en denervación cardíaca simpática izquierda (DCSI) en arritmias ventriculares congénitas.

Métodos. Estudio descriptivo de pacientes intervenidos de DCSI entre 2011-2018. Se revisan: datos demográficos, patología de base, resultados clínicos, electrocardiograma, complicaciones y tiempo de seguimiento.

Resultados. 28 pacientes, 54% mujeres. Edad media 11 años (8 días-21 años). El 75% presentaba Síndrome QT largo (LQTS) y el 25% taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica, todos en tratamiento con B-bloqueantes. En 18 pacientes la indicación quirúrgica fue la presencia de síntomas o de taquicardia ventricular (TV) sostenida; en los 10 restantes el alto riesgo de arritmias malignas. En todos se realizó DCSI por toracoscopia de los ganglios torácicos 1 a 5 (7 asociados a implantación de holter subcutáneo). El tratamiento médico profiláctico se mantuvo en todos los pacientes. El 82% (23/28) se controlan con monitorización continua mediante desfibrilador automático implantable (DAI) o holter subcutáneo. Con un seguimiento medio de 29 meses, el 85% permanecen asintomáticos. El 15% ha presentado síntomas (3 síncope y 1 descarga del DAI). Se ha registrado TV autolimitada en 7 pacientes (por incumplimiento terapéutico en 3 de ellos). Una paciente no presentó ningún cambio en el registro. Se registraron 5 complicaciones menores (tres síndromes de Horner transitorios, dos hiperestesias de la cintura escapular) y ningún exitus.

Conclusiones. La DCSI es un tratamiento efectivo y seguro como adyuvante al tratamiento médico en arritmias ventriculares congénitas. Su uso, inicialmente restringido a la prevención secundaria, se extiende cada vez más como prevención primaria en determinados pacientes.

(Oral 3 minutos)

- **Evaluación clínica y subjetiva del tratamiento conservador del pectus excavatum con campana de succión.** Giménez-Aleixandre, María Cristina¹; Ruiz-Pruneda, Ramón¹; Mondéjar-López, Pedro²; Sánchez-Sánchez, Ángela¹; Montoya-Rangel, Carlos Andrés¹; Padilla-Zhucuzhañay, Marcia Alexandra¹; Hernández-Bermejo, Juan Pedro¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ²Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos. En los últimos años se ha introducido la utilización de la campana de succión (CS) para la corrección del pectus excavatum (PE) de forma conservadora. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la eficacia de la CS en el tratamiento nuestros pacientes.

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con PE tratados mediante CS en nuestro centro entre 2016 y 2019. Analizamos la variación del defecto en función de la edad, horas de aplicación al día y presencia o no de complejo, y realizamos una encuesta telefónica para evaluar la satisfacción.

Resultados. Realizamos el seguimiento de 29 pacientes (22 hombres y 7 mujeres) con una mediana de edad de 10 años (3-13), tratados con CS por PE una mediana de tiempo de 19 meses (3-32). Cuatro pacientes (13,8%) referían disnea de esfuerzo, uno (3,44%) con patrón restrictivo leve en espirometría. Aquellos que utilizaron la CS menos de 4 horas/día tuvieron una disminución media del defecto de 0,67 cm frente a 1,18 cm en los que la usaron más de 4 horas/día ($p=0,03$). Cese por curación en 6 pacientes (20,6%), tras una mediana de tiempo de 14 meses (9-22). Dos pacientes (6,8%) en pauta descendente de utilización. Un paciente (3,5%) abandonó tratamiento por dolor. De los 23 encuestados, 17 (73,8%) manifestaron estar satisfechos con el tratamiento, y 20 (87%) lo recomendarían a otros pacientes.

Conclusiones. En pacientes seleccionados la CS como primer escalón terapéutico parece ser segura, efectiva y con un alto índice de satisfacción.

(Oral 3 minutos)

- **Tratamiento quirúrgico de la hiperhidrosis primaria y satisfacción postquirúrgica. Nuestra experiencia en 5 años.** Esteva Miró, Clara; Pérez-Gaspar, Mireia; Brun Lozano, Núria; Álvarez García, Natalia; Betancourth Alvarenga, Josué Eduardo; Santiago Martínez, Saioa; Núñez García, Bernardo. *Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.*

Objetivos. La hiperhidrosis primaria palmar es una patología que comienza ya en la niñez y puede representar una importante reducción de la calidad de vida del adolescente. El tratamiento de elección actual es la simpaticolisis toracoscópica. El objetivo de nuestro estudio es evaluar los resultados de la cirugía en pacientes pediátricos.

Métodos. Hemos estudiado retrospectivamente los pacientes diagnosticados de hiperhidrosis palmar y/o palmoaxilar que han sido tratados en nuestro centro durante los últimos 5 años.

Resultados. En este periodo han sido tratados 28 pacientes (10 varones y 18 mujeres), con una edad media de 13,8 años (8-18 años). La simpaticolisis toracoscópica bilateral se practicó, con monopolar, entre los niveles T2-T4 con un tiempo quirúrgico medio de 63 minutos. La estancia media fue de 1,1 días. No se registraron neumotórax ni otras complicaciones intraoperatorias. 2 casos presentaron enfisema subcutáneo postoperatorio. No hubo otras complicaciones postoperatorias. Excepto 1 caso de recurrencia parcial, en el resto de pacientes la sudoración desapareció por completo y quedaron totalmente satisfechos con la cirugía (96,42%). Apareció sudoración compensatoria transitoria en el 55% de los casos, efecto colateral que no modificó su nivel de satisfacción.

Conclusiones. La hiperhidrosis palmar puede ser un problema importante para la sociabilización y la calidad de vida del niño o adolescente que la padece. La simpaticolisis toracoscópica en el paciente pediátrico es un tratamiento efectivo, altamente resolutorio y de escasa morbilidad. A pesar de la sudoración compensatoria, los pacientes están altamente satisfechos con los resultados del tratamiento quirúrgico.

(Oral 3 minutos)

- **Influencia del nivel de la simpaticolisis en el resultado postoperatorio de pacientes con hiperhidrosis.** Martín-Lluís, Alba; Palazón Bellver, Pedro; Saura Garcia, Laura; Martín Solé, Oriol; Julià Massip, Victoria; Tarrado Castellarnau, Xavier. *Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. Barcelona.*

Objetivos. Describir nuestra experiencia en el tratamiento de la hiperhidrosis y analizar los resultados en función del nivel torácico (T) de la simpaticolisis.

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos de simpaticolisis toracoscópica por hiperhidrosis entre 2010-2018. Se revisan: datos demográficos, localización de la hiperhidrosis, nivel de simpaticolisis, técnica quirúrgica, recidiva, sudoración compensatoria, complicaciones y tiempo de seguimiento. Se analiza la asociación entre el nivel de la simpaticolisis (asociar o no T4) y recidiva, sudoración compensatoria y complicaciones.

Resultados. 80 pacientes intervenidos, 61% mujeres. Edad media 14 años (8-19 años). El 69% presentaban hiperhidrosis palmar, 28% palmo-axilar y 3% axilar. En todos se realizó simpaticolisis T3. En 11,25% únicamente T3, 21,25% asociada a T2, 62,5% asociada a T4 y 5% asociada a T2 y T4. El seguimiento medio fue 10 meses. Un 12% presentaron recidiva. El 57% presentó sudoración compensatoria (el 29% resuelta espontáneamente). Se registraron 5 complicaciones: un hematoma de pared torácica, dos neumotórax residuales y dos parestesias en extremidad superior. El análisis de regresión

logística (controlado por sexo, edad y técnica) muestra que no asociar T4 en la simpaticolisis tiene tendencia a aumentar el riesgo de recidiva respecto a sí asociar T4 (OR 8,2; IC 95%: 0,7-90,1; p= 0,086) y que realizar simpaticolisis T4 no asocia mayor riesgo de sudoración compensatoria (OR 1,25; IC 95%: 0,26-6; p= 0,781) ni de complicaciones (OR 3,9; IC 95%: 0,34-44,61; p= 0,271).

Conclusiones. Asociar T4 en la simpaticolisis T3 toracoscópica tiende a disminuir el riesgo de recidiva, sin aumentar ni el riesgo de sudoración compensatoria ni las complicaciones.

(Oral 5 minutos)

- **Simpatectomía toracoscópica en enfermedad de Raynaud: experiencia inicial.** Núñez García, Bernardo; Esteva Miró, Clara; Pérez-Gaspar, Mireia; Betancourth Alvarenga, Josué Eduardo; S antiago Martínez, Saioa; Álvarez García, Natalia; Brun Lozano, Nuria. *Corporació Sanitaria i Universitaria Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.*

Objetivos. El Síndrome/Enfermedad de Raynaud, se caracteriza por episodios de espasmo vascular e isquemia digital en respuesta al frío o cambios emocionales, produciendo cambios en la coloración de extremidades (palidez, cianosis, eritema) lesiones y/o dolor. En la población pediátrica, la mayoría son secundarios a otras patologías (síndrome de Raynaud). En casos primarios (enfermedad de Raynaud) y refractarios, con síntomas severos (dolor, úlceras, e incapacidad) se han propuesto tratamientos quirúrgicos como la simpatectomía toracoscópica.

Métodos. Presentamos 5 chicas (con edades comprendidas entre los 9-15 años) con diagnóstico de enfermedad de Raynaud (ER), sin otros antecedentes de interés, con un mal control clínico e incapacidad. Dos, además, presentaban úlceras y perniosis. Todas ellas, habían realizado tratamiento conservador con maniobras conductuales y farmacológico con corticoides tópicos, con mala respuesta.

Resultados. Se practicó simpatectomía toracoscópica bilateral de T2-T4 con monopolar, tiempo medio quirúrgico de 55 min, y sin necesidad de drenaje pleural. Todas las pacientes pudieron ser dadas de alta antes de las 36 horas postquirúrgicas sin ninguna complicación quirúrgica. Todas refirieron un postoperatorio inmediato sin incidencias, sin nuevos episodios de dolor ni vasoconstricción intensa. No obstante, a los 6 meses de la cirugía, 3 presentaron reaparición parcial de la sintomatología. Las 5 presentaron un 100%de satisfacción con los resultados quirúrgicos.

Conclusiones. Actualmente hay pocos estudios pediátricos publicados, y nuestra serie, aún es limitada, pero los resultados obtenidos hasta la fechas son esperanzadores. Consideramos que la simpatectomía toracoscópica es una técnica factible y segura a tener en cuenta en los pacientes afectos de ER refractarios al tratamiento conservador.

(Oral 3 minutos)

- **Morbilidad asociada a la cirugía de retirada de la barra de Nuss.** Núñez García, Bernardo; Esteva Miró, Clara; Pérez-Gaspar, Mireia; Álvarez García, Natalia; Santiago Martínez, Saioa; Betancourth Alvarenga, Josué Eduardo; Brun Lozano, Nuria. *Corporació Sanitaria i Universitaria Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.*

Objetivos. Las complicaciones del procedimiento de Nuss para corregir el *pectus excavatum* (PE) son bien conocidas y están ampliamente descritas en la literatura. Sin embargo, no existen muchas publicaciones, o series amplias, sobre complicaciones intra o postoperatorias de las retiradas de barra.

Métodos. Estudio retrospectivo en el que se recogen todos los pacientes intervenidos de retirada de barra/s en nuestro centro, entre Enero 2012-2019, tras finalización del tratamiento quirúrgico del PE mediante procedimiento de Nuss.

Resultados. Se recogen un total de 52 pacientes (41 varones, 11 mujeres) con edades comprendidas entre los 7-21 años). El tiempo medio quirúrgico fue de 1 h 35 min (35 min-2 h 55 min). El tiempo medio de ingreso postquirúrgico fue de 1,6 días. El seroma fue la complicación más frecuente 6 casos (11,5%), seguida de neumotórax en 3 pacientes (5,75%), que no requirieron drenaje. También se recogen una infección de herida quirúrgica y una dehiscencia. Solo hemos tenido 2 complicaciones severas: 2 sangrados activos en el túnel de la barra, que requirieron de toracosopia urgente durante el mismo acto quirúrgico. Ninguna toracotomía se tuvo que realizar en nuestra serie. Cero mortalidad.

Conclusiones. Tal y como apunta algún estudio ya publicado, creemos que la morbilidad de esta cirugía está infravalorada y escasamente recogida. Aunque en nuestra experiencia, la mayoría son complicaciones menores, poco frecuentes y acordes a otras series publicadas, los cirujanos pediátricos torácicos debemos tener presente que existen complicaciones potenciales muy graves y consideramos que es una cirugía (la retirada de barra/s) que debe tener la misma relevancia prácticamente que un procedimiento de Nuss como tal.

(Póster presentado)

- **Evaluación psicoemocional en pacientes afectos de *pectus excavatum*.** Núñez García, Bernardo; Pérez-Gaspar, Mireia; Esteva Miró, Clara; Álvarez García, Natalia; Santiago Martínez, Saioa; Betancourth Alvarenga, Josué Eduardo; Brun Lozano, Nuria. *Corporació Sanitaria i Universitaria Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.*

Objetivos. El *pectus excavatum* (PE) puede comportar alteraciones anatómofisiológicas, pero en la mayoría de casos, es un problema fundamentalmente estético. El objetivo de este estudio es evaluar de manera objetiva el impacto psicológico del PE y sus repercusiones psicosociales, emocionales y funcionales, en la vida del paciente.

Métodos. Estudio prospectivo donde se recogen todos los pacientes efectos de PE en seguimiento ambulatorio entre

Enero 2017-Enero 2019 y no intervinieron aún. Se recogen variables demográficas y propias asociadas al PE. A todos los pacientes y a sus padres (por separado), se les pasan 2 cuestionarios ya validados: uno específico para *pectus*, el test PEEQ: “*Pectus Excavatum Evaluation Questionnaire*” y la “Escala de Autoestima de Rosenberg” (RSES), que valora la imagen.

Resultados. Se recogen 176 pacientes afectados de *pectus excavatum* en mayor y menor grado, de los cuales, 173 son incluidos en el estudio al rellenar voluntariamente las encuestas. El 74,43% (131) pacientes se declararon insatisfechos y/o deprimidos con su imagen corporal. No hemos encontrado relación entre la severidad anatómica del PE (en base a los Índices de Haller o de Corrección) y las puntuaciones del test PEEQ. Solo un 38,6% de los padres creen que el PE afecta psicológicamente a sus hijos.

Conclusiones. La amplia mayoría de pacientes afectados de PE adolescentes, por el mero hecho de tener una deformidad independientemente del grado, ya tienen alteraciones en su imagen corporal y dificultades psicosociales. Consideramos que el mero hecho de comprobar esta afectación psicológica en un paciente afecto de PE, debe ser también indicativo para tratarlos quirúrgicamente.

(Oral 3 minutos)

- **Tratamiento quirúrgico del aspergiloma pulmonar en pacientes pediátricos. Presentación de 3 casos y revisión de bibliografía.** Crehuet Gramatyka, David; Gómez Chacón Villalba, Javier; Jorge, Cortés Sáez; Marco Macián, Alfredo; Miró Rubio, Ignacio; Ortolá Fortes, Paula; Mínguez Gómez, María Antonia; Costo Roig, Adriá; Del Peral Sanmaniego, María Pilar. *Hospital Universitario y Politécnico la Fe. Valencia.*

Objetivos. El objetivo del trabajo es describir nuestra experiencia en el manejo quirúrgico del aspergiloma pulmonar (AP).

Métodos. Estudio descriptivo de los pacientes diagnosticados de AP, en los cuales, se llevó a cabo tratamiento quirúrgico, desde 2017 hasta el 2019. Se realizó búsqueda bibliográfica en Pubmed los términos MesH “aspergiloma”, “surgical”, “treatment”, descartando los estudios no referidos a pacientes pediátricos.

Resultados. Durante el periodo de estudio, se intervinieron 3 pacientes con AP único, de 18 meses, 3 y 13 años de edad respectivamente, los 3 afectados de leucemia y sin respuesta a tratamiento médico habitual del aspergiloma. En los tres pacientes se realizó segmentectomía pulmonar con exéresis completa del aspergiloma. En dos casos (18 meses y 3 años) se intervinieron por vía toracoscópica pero fue necesaria la conversión a minitoracotomía, por múltiples adherencias pleuropulmonares. En el paciente de 13 años se realizó resección toracoscópica completa, pese a las múltiples adherencias. No presentaron complicaciones

intraoperatorias, ni postoperatorias graves. No se observaron recidivas pulmonares tras un seguimiento de 15, 19 y 1 mes respectivamente. En la búsqueda se obtuvieron 464 resultados. seleccionando los artículos referentes a tratamiento quirúrgico del AP en niños, se obtuvieron 3 trabajos (dos casos clínicos de pacientes de 11 años con AP y afectados de leucemia y un paciente de 15 años con AP) con resultados similares a nuestros pacientes.

Conclusiones. La resección quirúrgica del AP se presenta como una alternativa factible en pacientes pediátricos con pobre respuesta a tratamiento antifúngico o con complicaciones derivadas de este.

(Video 3 minutos)

- **Abordaje transaxilar videoasistido: una técnica mínimamente invasiva para la resección de primera costilla.** Fernández Bautista, Beatriz; García-Casillas, María Antonia; Cerdá, Julio; De la Torre, Manuel; Ordóñez, Javier; Cañizo, Agustín; Pérez Egido, Laura; Fanjul, María; Peláez, David; Molina, Esther; De Agustín, Juan Carlos. *Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. La resección de la primera costilla constituye un reto quirúrgico por su difícil acceso y correcta exposición. Se describen diferentes técnicas como el abordaje supraclavicular, posterior, transaxilar o combinados. Presentamos el caso de un paciente con un osteocondroma de primera costilla en el que se realizó un abordaje transaxilar con apoyo endoscópico.

Métodos. Paciente de 16 años con molestias en brazo izquierdo con el ejercicio y diagnóstico de osteocondroma de primera costilla. En decúbito lateral derecho, con el brazo izquierdo elevado y exposición axilar, se realiza una incisión axilar de 8 cm para el instrumental de trabajo, transversal, entre el pectoral mayor anterior y el dorsal ancho posterior. Introducción de óptica de 5 mm 30° en la misma herida para incrementar la visión. Se realiza disección subpectoral, localizando osteocondroma de 1ª costilla que se encuentra abrazando la vena subclavia, produciendo su compresión y estenosis. Se realiza sección de músculos subclavio y escaleno anterior, y exéresis de la porción superior de osteocondroma que se separa de la vena subclavia. Disección posterior de la costilla en ambos extremos del osteocondroma y sección de la misma con liberación de partes blandas.

Resultados. El paciente presenta buena evolución, permaneciendo ingresado durante 4 días con buen control del dolor. Se produjo la resolución completa de los síntomas sin complicaciones asociadas y muy buen resultado estético.

Conclusiones. El abordaje transaxilar videoasistido es una técnica novedosa y factible en la resección de la primera costilla, ya que mejora la visibilidad con un amplio margen de seguridad, disminuyendo las complicaciones quirúrgicas asociadas.

(Video 3 minutos)

- **La radiografía protocolaria después de la retirada de un drenaje torácico puede no estar indicada.** Martos-Rodríguez, Marta; Laín, Ana; García, Laura; Giné, Carles; López, Manuel. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. Tras la retirada de un drenaje torácico se realiza radiografía de tórax de rutina. No obstante, la mayoría de ellas no muestran ninguna complicación que suponga un cambio de actitud en el manejo del paciente. El objetivo de este estudio es valorar si dichas radiografías serían prescindibles.

Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo y unicéntrico de pacientes pediátricos intervenidos en nuestro centro, portadores de un drenaje torácico por empiema o en relación al postoperatorio de una resección pulmonar (entre los años 2012 y 2019). Se valoraron las radiografías pre y post-retirada y los cambios observados en ellas. Se recogieron las siguientes variables: diagnóstico radiológico, clínica del paciente, tratamiento y evolución.

Resultados. Se analizaron un total de 128 drenajes torácicos retirados en 125 pacientes (64 varones y 61 mujeres), edad media $4,55 \pm 4,035$. De estos, 87 se habían colocado como tratamiento de un empiema y 41 en el postoperatorio de una resección pulmonar. La media de tiempo que se mantuvo el drenaje fue de $5,21 \pm 3,176$ días. El 93,8% de las radiografías post-retirada no mostraron signos de complicación. En 7 (5,5%) casos se evidenció la presencia de neumotórax de pequeño tamaño en la radiografía post-retirada y en 1 (0,8%) un enfisema subcutáneo. De estos 8 pacientes, ninguno presentó clínica asociada y todos se manejaron de manera conservadora.

Conclusiones. Creemos que la radiografía de control tras la retirada del drenaje debería realizarse únicamente en caso de accidentes durante la retirada o en pacientes con sintomatología.
(Oral 3 minutos)

- **Validación de un score clínico en la valoración de pacientes con sospecha de aspiración de cuerpo extraño.** Miró Rubio, Ignacio; Ibáñez Pradas, Vicente; Carazo Palacios, Elena; Vila Carbó, Juan José. *Hospital Universitari i Politecnic La Fe. Valencia.*

Objetivos. Validar el score clínico de Valdivieso y cols. en el manejo de los pacientes con sospecha de aspiración de cuerpo extraño en un hospital de tercer nivel. Dicho score plantea diferentes escenarios diferentes según la puntuación: broncoscopia, TAC, observación o alta.

Métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes a los que se realizó una broncoscopia por sospecha de cuerpo extraño entre noviembre-2015 y noviembre-2018. Se recogieron las variables propuestas por el score (atragantamiento presen-

ciado sí/no, estridor sí/no, sibilancias sí/no, hipoventilación unilateral sí/no, radiografía alterada sí/no y cuerpo extraño de riesgo sí/no) y su puntuación para cada paciente, analizando el rendimiento de la prueba mediante la curva ROC.

Resultados. Se realizó broncoscopia en 81 pacientes con una edad media de 2,1 años (7 meses-11 años), encontrando cuerpo extraño en el 33,3%. El área bajo la curva ROC del score fue de 0,803 (0,695-0,911). En 6 (22,2%) pacientes con cuerpo extraño confirmado el score indicaba inicialmente observación en 5 casos y alta en 1. Excluyendo a los 49 pacientes con atragantamiento con fruto seco o con auscultación alterada unilateral, a los que en nuestro medio se indica directamente broncoscopia, el score clasificó correctamente a los 32 pacientes restantes, lo que hubiese reducido las broncoscopias "blancas" de un 66% a un 41%.

Conclusiones. El score presenta en nuestra muestra un alto rendimiento diagnóstico pero una tasa de falsos negativos no despreciable. En cambio, tiene una especial utilidad en los pacientes que no presentan atragantamiento con fruto seco y/o auscultación alterada unilateral, permitiendo reducir broncoscopias blancas.

(Oral 5 minutos)

- **Aspiración de cuerpos extraños: análisis de los últimos 20 años en una unidad de vía aérea.** Martín Alelú, Rubén; Antón-Pacheco Sánchez, Juan Luis; Morante Valverde, Rocío; López Díaz, María; Redondo Sedano, Jesús Vicente; Melero Guardia, Leonor; Merino Mateo, Lara; Benavent Gordo, M^a Isabel; Gómez Fraile, Andrés. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Describir nuestra experiencia en el tratamiento de la aspiración de cuerpo extraño (CE) y analizar los factores asociados con la aparición de complicaciones.

Métodos. Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes con aspiración de CE tratados en nuestro centro entre los años 1999 y 2018. Se analizaron las siguientes variables: datos demográficos, clínica, hallazgos radiológicos y broncoscópicos, y complicaciones. Para el análisis estadístico se usó el test Chi-cuadrado.

Resultados. Se incluyeron 118 pacientes (67,8% varones) con una edad media de 3,7 años (rango, 9 meses-14 años). El 71% de los casos ocurrieron en los primeros 10 años del estudio. El síntoma más frecuente fue la tos (75,4%) seguido de sofocación (55%). En la radiografía de tórax el hallazgo más frecuente fue atrapamiento aéreo (48,6%). El CE más habitual fue el fruto seco (65,2%), siendo el sistema bronquial derecho la localización más frecuente (49,1%). La extracción se realizó con broncoscopia rígida (BR) en todos los casos. La tasa de complicaciones global (intraoperatorias y postoperatorias) fue del 16,1%. El tiempo transcurrido desde el inicio de la clínica hasta la realización de la broncoscopia fue un factor estadísticamente significativo en la aparición de complicaciones ($p = 0,001$; OR = 5,35).

Conclusiones. La aspiración de CE es una entidad prevalente en nuestro medio aunque se ha observado una disminución de su incidencia en los últimos años. La BR es el método de elección para su extracción, y el tiempo de demora en el tratamiento es determinante en la aparición de complicaciones.
(Oral 3 minutos)

- **Ventajas de la broncoscopia combinada, flexible y rígida en la patología de vía aérea pediátrica.** Morante Valverde, Rocío; Antón-Pacheco Sánchez, Juan Luis; López Díaz, María; Martín Alelu, Rubén; Redondo Sedano, Jesús; Benavent Gordo, María Isabel; Gómez Fraile, Andrés. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Determinar la tasa de procedimientos combinados, broncoscopia flexible (BF) y broncoscopia rígida (BR), realizados en una unidad transdisciplinar de vía aérea.

Métodos. Estudio retrospectivo y descriptivo de las broncoscopias realizadas en nuestra unidad entre d 2015 y 2018. Se han analizado las siguientes variables: datos demográficos, no total de broncoscopias, no de broncoscopias combinadas, indicaciones específicas, técnicas terapéuticas empleadas y complicaciones.

Resultados. Se realizaron un total de 733 broncoscopias de las que 233 (31,8%) fueron procedimientos combinados con instrumentación flexible y rígida en el mismo acto anestésico. De forma general, se inició la exploración con BF y se completó con BR. Las indicaciones específicas de los procedimientos combinados fueron: realización de algún tipo de procedimiento terapéutico en 147 (63,1%), calibración del grado de estenosis subglótica en 66 pacientes (28,3%), mejorar la visualización en 15 (6,4) y diagnóstico mediante biopsia o LBA en 5 pacientes (2,1%). Las técnicas intervencionistas más frecuentemente realizadas incluyeron: dilatación (31%), fotoresección con láser diodo (26%), colocación o retirada de endoprótesis (19%), extracción de cuerpo extraño (11%), retirada de tutor endolaríngeo (5%), exéresis de granuloma (3%) y otros procedimientos (5%). La incidencia de complicaciones fue del 4%.

Conclusiones. La BF y la BR son dos técnicas complementarias y en nuestra experiencia la tasa de procedimientos combinados es muy relevante. La posibilidad de realizar ambas de forma simultánea por el mismo equipo quirúrgico supone una ventaja para el paciente ya que reduce el no de procedimientos anestésicos y permite tratar su patología sin demoras, además de representar un ahorro de recursos.
(Oral 3 minutos)

- **Tumores de la vía aérea.** De la Torre Díaz, Estrella¹; Fernández Hurtado, Miguel Ángel¹; García Casillas, Marian²; Cabello Laureano, Rosa¹; Fernández Pineda, Israel¹; Matute de Cárdenas, José Antonio¹. ¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos. Los tumores de la vía aérea suponen menos del 1% de los tumores malignos pediátricos. Histológicamente el más frecuentes es el carcinoide, seguido por el carcinoma broncogénico, y el mucoepidermoide. De histología intermedia los más frecuentes son tumores miofibroblásticos. En la mayoría de casos la cirugía es el tratamiento de elección.

Métodos. Analizamos los pacientes tratados por nuestra unidad en diferentes centros entre 1995 y 2018.

Resultados. Presentamos 8 pacientes con tumores del árbol traqueobronquial, 4 con diagnóstico de tumor miofibroblástico, 2 carcinomas mucoepidermoides, 1 hemangiopericitoma, y 1 tumor carcinoide. La localización fue: 3 en bronquio principal izquierdo, 1 en el derecho, 1 subglótico, 1 en bronquio del lóbulo superior derecho, 1 en bronquio de lóbulo medio y 1 en bronquio del lóbulo superior izquierdo. Se realizaron 3 lobectomías más resección bronquial y anastomosis termino-terminal, 2 lobectomías, 2 resecciones bronquiales y 1 laringotraqueoplastia. En un caso se produjo recidiva local que precisó resección bronquial. La evolución fue favorable en todos los casos, sin evidencia de recidiva tras una mediana de seguimiento de 5 meses (23 días-3 años).

Conclusiones. Los tumores traqueobronquiales son infrecuentes en la población infantil. La cirugía es curativa en la mayoría de casos.
(Oral 3 minutos)

- **Incidencia de parálisis de cuerdas vocales tras cirugía cardiovascular en niños.** Morante Valverde, Rocío; Antón-Pacheco Sánchez, Juan Luis; López Díaz, María; Redondo Sedano, Jesús; Ezquerro Pozo, Elena; Ferrer Martínez, Alicia; García Torres, Enrique; Gómez Fraile, Andrés. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Establecer la incidencia de parálisis de cuerdas vocales (PCV) en niños sometidos a cirugía de reparación de arco aórtico y ductus arterioso persistente (DAP). Analizar los factores asociados y determinar la utilidad de la ecografía laríngea para su diagnóstico.

Métodos. Estudio retrospectivo y descriptivo de los paciente sometidos a cirugía de reparación de arco aórtico y DAP en nuestro centro entre 2007 y 2017. Se estudiaron las siguientes variables: datos demográficos, peso y edad en la cirugía, comorbilidades, tipo de anomalía y técnica quirúrgica, desarrollo de PCV y diagnóstico endoscópico y ecográfico. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante análisis univariante y modelos de regresión logística.

Resultados. Se incluyeron 206 pacientes. 68 pacientes (33%) prematuros y un 32,5% presentaban comorbilidades. La media de edad y peso en la cirugía fue de 5,6 meses y 4,1 kg. Se realizó evaluación endoscópica a los pacientes sintomáticos, detectándose PCV en 25 (12,1%). Se ha realizado ecografía laríngea en 8 de estos casos encontrándose una buena correlación diagnóstica. En el análisis univariante se obtuvo un resultado estadísticamente significativo en la

prematuridad, edad y peso en la cirugía y presencia de comorbilidades.

Conclusiones. La PCV no es una complicación infrecuente en niños sometidos a cirugía cardíaca. En nuestro estudio hay varios factores que pueden estar asociados al desarrollo de PCV en estos pacientes y es importante identificarlos. Aunque la nasofibroscofia continúa siendo el *gold standard* para el diagnóstico la ecografía puede suponer un complemento importante.

(Oral 3 minutos)

- **Utilización de válvulas endobronquiales en la edad pediátrica: Un tratamiento satisfactorio y mínimamente invasivo para la fístula broncopleurales. Descripción de la técnica quirúrgica.** Del Peral Samaniego, María Pilar; Fonseca Martín, Rosa; Cases Viedma, Enrique; Encarnación Martínez, Juan; López Andreu, Juan Alonso; Lluna González, Javier; Barrios Fontoba, José Enrique; Gutiérrez San Román, Carlos; Vila Carbó, Juan José. *Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.*

Objetivos. La fístula broncopleurales es un diagnóstico complejo en hospitales pediátricos, con incidencia creciente en los últimos años. Existe una carencia de protocolos para el tratamiento de esta entidad. El objetivo del estudio es compartir nuestra experiencia en el tratamiento satisfactorio de una fístula broncopleurales persistente en un paciente preescolar mediante la colocación de una válvula endobronquial, y describir la técnica.

Métodos. Bajo visión fibrobronoscópica confirmamos la localización de la fístula colocando un catéter con balón ocluyendo el bronquio que sospechábamos lesionado. Comprobamos la oclusión efectiva de la fuga aérea en los drenajes y mediante radiografía. Estimamos el tamaño necesario de válvula según las medidas del TAC. Una vez localizada la fístula, sustituimos el catéter por la válvula endobronquial, colocándola bajo visión directa con el catéter introductor a través del canal de trabajo del broncoscopio rígido pediátrico. La técnica mínimamente invasiva se realizó con el paciente sedado en quirófano. El éxito del proceso se valoró según la mejoría clínica y radiológica y la posibilidad de extubación y alta hospitalaria.

Resultados. No observamos complicaciones relacionadas con la técnica. El paciente se extubó 48 horas más tarde. Retiramos la válvula exitosamente 7 semanas más tarde. No fueron necesarias más intervenciones.

Conclusiones. En la revisión de literatura, podría ser el primer caso pediátrico de aplicación de válvulas para esta patología. El uso de válvulas endobronquiales en pacientes pediátricos puede suponer un tratamiento efectivo y seguro para las fugas aéreas por fístulas broncopleurales y podría considerarse una opción eficaz a valorar antes de técnicas quirúrgicas más invasivas.

(Video 3 minutos)

- **Prótesis endoluminales biodegradables en el tratamiento de la patología obstructiva de la vía aérea central: experiencia de 7 años.** Redondo, Jesús; López, María; Antón-Pacheco, Juan Luis; Morante, Rocío; Martín, Rubén Benavent, María Isabel; Gómez, Andrés. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Presentar nuestra experiencia en el empleo de prótesis endoluminales biodegradables (PEB) en pacientes pediátricos con patología obstructiva de la vía aérea central (POVAC).

Métodos. Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes con POVAC grave que se han tratado con PEB en nuestra unidad durante el periodo 2012-2018 (7 años). Se han analizado las siguientes variables: datos demográficos, indicaciones, comorbilidades, técnica de colocación, resultado clínico, complicaciones intraoperatorias y derivadas de las PEB, y tiempo de seguimiento.

Resultados. Se colocaron 33 PEB de polidioxanona en 16 pacientes (56,2% varones) con una edad mediana de 5 meses (rango, 2 meses-6 años). Las indicaciones fueron: traqueomalacia (37,5%), traqueobroncomalacia (31,2%), broncomalacia (12,5%), estenosis traqueal (12,5%), y como tutor postoperatorio (6,2%). El 87,5% de los casos presentaban anomalías asociadas y todas las PEB se colocaron sin incidencias bajo anestesia general y con broncoscopia rígida. Se observó mejoría clínica en el 75% (12/16) de los casos y 7 pacientes requirieron más de una prótesis. Las complicaciones relacionadas con las PEB se detectaron en el 37,5% de los casos: tejido de granulación (5 pacientes) y migración (1). El tiempo de seguimiento medio ha sido de 27,6 meses (rango, 1-81 meses).

Conclusiones. Las PEB son una alternativa terapéutica eficaz y segura en pacientes con POVAC y parecen presentar menos complicaciones que otros tipos de prótesis. Aunque su empleo está aumentando, se precisa más experiencia para establecer los criterios definitivos para su uso en la vía aérea pediátrica.

(Oral 3 minutos)

- **Estenosis bronquial postraumática, ¿y ahora qué?** Alcaraz Jiménez, Pedro José¹; Deltell Colomer, Patricia¹; Fernández Aracil, Cleofé²; Encinas Goenechea, Alejandro¹; González Piñera, Jerónimo¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital General Universitario de Alicante. ²Servicio de Neumología, Hospital General Universitario de Alicante.

Objetivos. La estenosis bronquial se presenta como un desafío ya que no existen protocolos establecidos en cuanto a su manejo, por ello presentamos el caso de un niño con una estenosis bronquial postraumática refractaria que precisó de diferentes técnicas endoscópicas para su resolución.

Métodos. Niño de 10 años que presenta traumatismo torácico abierto derecho tras atropello. Se realiza toracotomía urgente por hemo neumotorax objetivándose laceración pulmonar, se realiza osteosíntesis de fractura costal desplazada

y embolización de arteria subclavia derecha seccionada. En el postoperatorio el paciente presenta atelectasia del lóbulo superior derecho persistente. Se realiza la fibrobroncoscopia destacando una estenosis circular con tracto fibroso que cruza la luz del bronquio lobar superior derecho, se secciona el tracto con láser Holmium-YAG y se dilata con balón neumático hasta vencer la estenosis. Tras 3 sesiones de dilatación neumática con resolución parcial de la estenosis se decide utilizar mitomicina 0,04% tópica. Es aplicada en 3 sesiones más junto a la dilatación.

Resultados. En la fibrobroncoscopia de control se comprueba la resolución total de la estenosis. El paciente se encuentra asintomático.

Conclusiones. El manejo endoscópico de este tipo de estenosis es una alternativa al tratamiento quirúrgico que se muestra efectiva y segura, con una amplia variedad de técnicas (láser, balón neumático y aplicación de agentes tópicos) que podemos utilizar según la necesidad del paciente.

(Video 3 minutos)

- **Fibrinolisis vs toracoscopia: comparación de resultados en manejo del empiema en el niño.** Ibarra Rodríguez, María Rosa; Garrido Pérez, José Ignacio; Siu Uribe, Ariadna; Vázquez Rueda, Fernando; Vargas Cruz, Verónica; Ramnarine Sánchez, Sharmila Devi; Paredes Esteban, Rosa María. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivos. Comparar el resultado del tratamiento con drenaje y urokinasa (DF) vs toracoscopia (TS) en el empiema pleural secundario a neumonía complicada (NC).

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con derrames paraneumónicos complicados entre 2008-2018, tratados con DF o con TS. Se comparan datos epidemiológicos y evolutivos: días de fiebre, antibiótico y estancia pre y postprocedimiento, tiempo hasta la resolución radiológica y tasa de complicaciones. Los resultados se expresan como medianas y las comparaciones se realizan mediante U de MannWhitney.

Resultados. De 143 pacientes con NC, 46 fueron empiemas (20 mujeres y 26 varones), 25 tratados con TS y 10 con DF. Los 11 restantes recibieron tratamiento combinado, excluyéndose del estudio. No hubo diferencias significativas entre TS vs DF en edad (mediana 4 vs 3 años), días de antibióticos preprocedimiento (14 vs 13), días de fiebre postprocedimiento (2 vs 2), estancia hospitalaria global (15 vs 13 días), meses hasta la normalización radiológica (2 vs 2), ni en el porcentaje de complicaciones (24% vs 20%). Dentro del grupo de toracoscopia tampoco hubo diferencias al dividirlos en procedimientos precoces y tardíos. Los pacientes con TS tuvieron una estancia pretoracoscopia mayor (4 vs 1; $p < 0,001$) y precisaron menos días de antibiótico posterior (8 vs 11; $p = 0,03$). También tuvieron una estancia posttoracoscopia menor (9 vs 12 días) aunque esta diferencia no llegó a ser significativa ($p = 0,09$).

Conclusiones. En nuestra experiencia, los resultados obtenidos con ambos procedimientos son bastante similares,

aunque los pacientes sometidos a TS tuvieron una mejor evolución (menos días de antibiótico y una tendencia a una hospitalización menor), pese a haberse realizado a priori en pacientes más complejos.

(Oral 3 minutos)

- **Eficacia de la escisión endoscópica en el tratamiento de los quistes ductales subglóticos.** Jiménez Gómez, Javier; Gómez Cervantes, Juan Manuel; Encinas Hernandez, José Luis; Hernández Oliveros, Francisco; Castro Parga, Luis; de la Serna Blázquez, Olga; Alcolea Sánchez, Alida; Martínez Martínez, Leopoldo; López Santamaría, Manuel; de la Torre Ramos, Carlos Andrés. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

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

Métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes tratados en nuestro centro por QDSA en los últimos 5 años. Se recogieron los antecedentes de intubación, la clínica presentada, el tratamiento realizado, la evolución postquirúrgica, el seguimiento en consulta y los controles endoscópicos.

Resultados. Se identificaron 4 pacientes, con unas medianas de edad y peso de 6,5 meses (6-8) y 5,9 kg (3,6-7) respectivamente. Todos presentaron antecedentes de intubación por intervenciones quirúrgicas, siendo prematuros 2 de ellos. La mediana entre la última intubación y el diagnóstico fue de 119,5 días (71-171). La clínica consistió en estridor bifásico con mejoría postural presentando una ocupación de la luz traqueal de más del 50% en la endoscopia diagnóstica. Se realizó escisión endoscópica (EE) al diagnóstico en 3 de los pacientes y como técnica de rescate en el cuarto por recidiva tras tratamiento con drenaje y dilatación con balón. La mediana de tiempo de intubación postquirúrgica fue de 13,5h (0-48) y la estancia hospitalaria de 7ds (6-9). Tras un seguimiento mediano de 17,5 meses (6-42) no se ha presentado ninguna recidiva.

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

(Oral 3 minutos)

DIGESTIVO 1

Viernes, 24 de mayo de 2019

- **Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en la edad pediátrica.** Núñez Cerezo, Vanesa; Sánchez Galán, Alba; Rey Sanz, Rafael; Parrón, Manuel; Doré, Mariela; Triana, Paloma; Cervantes, Manuel; Jiménez, Javier; Hernández, Francisco; López Santamaría, Manuel. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. Las indicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en niños son diferentes a las de adultos, y la experiencia es menor incluso en centros terciarios. Revisamos nuestra serie analizando las indicaciones, éxito de la técnica, limitaciones y efectos secundarios en menores de 18 años.

Métodos. Desde 2003-2018 se realizaron 65 CPRE en 40 pacientes (mediana: edad 12 (1-18) años, peso 31 (10-75) kilogramos) con sospecha de colédocolitiasis (n= 25 procedimientos en 22 pacientes), anomalía vía biliopancreática (22/7), estenosis anastomosis postrasplante (6/3), colestasis benigna recurrente (4/1), fuga biliar (3/3), hepatopatía crónica con proliferación de ductos (2/1), lesión pancreática (2/2) y pancreatitis (1/1).

Resultados. De las 65 CPRE realizadas, 21 fueron diagnósticas y 44 terapéuticas. Se realizaron esfinterotomías pancreática y biliar, extracción de litiasis de vía biliopancreática y colocación de stents. El procedimiento se completó con éxito en el 93,84% de los casos. En tres pacientes no se consiguió canular la papila, no relacionándose con el peso ($p < 0,08$). Se realizaron 5 CPRE en pacientes de 1 año: n= 5 diagnósticas (n= 2 colédocolitiasis y n= 3 anomalías de la vía biliopancreática) y n= 2 terapéuticas con extracción de litiasis. Se colocaron 16 stents, n= 7 en pacientes con patología pancreática, 5 de los cuales desarrollaron pancreatitis postprocedimiento. Nueve procedimientos desencadenaron complicaciones (n= 7 pancreatitis leves y n= 2 colecistitis). Todas las complicaciones se resolvieron con tratamiento médico.

Conclusiones. La realización de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en niños es una herramienta diagnóstica y/o terapéutica eficaz y segura, con una tasa de complicaciones similar al adulto.

(Oral 3 minutos)

- **Evaluación del reflujo gastroesofágico en pacientes con atresia de esófago intervenida.** Ortolá Fortes, Paula; Ibáñez Pradas, Vicente; Carazo Palacios, María Elena; Valdés Diéguez, Estibaliz; Vila Carbó, Juan José. *Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.*

Objetivos. La guía clínica sobre el seguimiento de pacientes con atresia de esófago (AE) de 2016 recomienda estudiar el reflujo gastroesofágico (RGE) mediante impedanciometría-fihmetría (IMPh) y endoscopia alrededor de los 2 años de edad o en caso de síntomas. Se describen los resultados de estas pruebas en una serie de pacientes con AE.

Métodos. Estudio retrospectivo de niños intervenidos por AE con fístula traqueoesofágica distal estudiados mediante IMPh y endoscopia. Los hallazgos endoscópicos se describieron según la clasificación de Hetzel-Dent. Se recogieron las siguientes variables de IMPh: número de reflujos totales (RT), número de reflujos ácidos (RA), número de reflujos no-ácidos (RnA), índice de reflujo (IR) y línea basal de impedanciometría total (LBIT). Se evaluó la relación entre los

parámetros de IMPh y los hallazgos endoscópicos mediante curvas ROC.

Resultados. Se incluyeron 28 casos, cuya mediana de edad fue 22 meses. El 54% no presentó esofagitis endoscópica, el 42% presentó esofagitis grado I y el 4% esofagitis grado II. El 46% presentó un IR patológico para su edad. Las medianas de los parámetros de IMPh fueron: RT= 53,5 (36-68); RA= 21 (5-40,5); RnA= 24 (16,25-40,75); IR= 5,4 (1,6-9,9); LBIT= 2.294 (1.798-2.770). El parámetro de IMPh con mejor rendimiento diagnóstico para esofagitis endoscópica fue la LBIT: área bajo la curva= 0,72 (IC95%= 0,51-0,92).

Conclusiones. La alta prevalencia de esofagitis endoscópica y el predominio de RnA en pacientes con AE justifica la realización de endoscopia e IMPh, que permiten un estudio preciso del RGE. Además, la LBIT podría ser útil como predictor de esofagitis endoscópica.

(Oral 5 minutos)

- **Tratamiento quirúrgico del reflujo gastroesofágico en niños con déficit neurológico.** Wiesner Torres, Sandra Rocío; Garrido Pérez, José Ignacio; Murcia Pascual, Francisco Javier; Ramnarine Sánchez, Sharmila; Siu Uribe, Ariadna; Vargas Cruz, Verónica; Paredes Esteban, Rosa María. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivos. Analizar nuestra experiencia en el manejo quirúrgico del reflujo gastroesofágico (RGE) en niños con déficit neurológico en los últimos 15 años.

Métodos. Estudio retrospectivo observacional descriptivo de pacientes con déficit neurológico, intervenidos por RGE entre 2003 y 2018. Las variables analizadas fueron edad, sexo, patología asociada, pruebas diagnósticas, técnica quirúrgica, estancia hospitalaria, complicaciones y seguimiento.

Resultados. Se analizaron 55 pacientes, 62% fueron varones, la mediana de edad al momento de intervención fue 3 años (Rango 0 a 14 años). El 65% asociaba predominantemente síntomas gastrointestinales y el 35% respiratorios. El diagnóstico de RGE se realizó mediante pHmetría 16,9%, impedanciometría 9,4%, estudios de imagen 11,3%, endoscopia digestiva 1,8% y combinación de varias de estas en 60,3%. Se realizaron 50 funduplicaturas tipo Nissen (26 laparoscópicas + gastrostomía, 19 laparoscópicas sin gastrostomía y 5 abiertas) 4 yeyunostomias laparoscópicas y una funduplicatura tipo Toupet. El 9% de los pacientes presentó alguna complicación perioperatoria. La media de ingresos previos por síntomas asociados a RGE fue de 0,89 (IC95% 0,61-1,17) en contraste con la de los postquirúrgicos que fue solo de 0,33% (IC95% 0,11-0,54), diferencia de medias de 0,56 (IC 95%: 0,31-0,81) $p < 0,01$. El 75% de los cuidadores notaron mejoría clínica postoperatoria, que manifestaron como disminución de los síntomas o recuperación nutricional.

Conclusiones. El manejo del RGE en pacientes pediátricos con patología neurológica representa un reto para el equipo médico-quirúrgico. El tratamiento quirúrgico es una

alternativa adecuada en pacientes seleccionados, logrando mejorar su calidad de vida.

(Oral 3 minutos)

- **¿Es realmente necesario asociar una técnica antirreflujo a la gastrostomía de forma rutinaria?: experiencia en nuestro centro.** Guillén Redondo, Pilar; Espinosa Gónzaga, Rocío; Luis Huertas, Ana; Souto Romero, Henar; Garcés Visier, Cristina; Riñón Pastor, Cristina; Espinoza Vega, Manuel; Rico Espiñeira, Clara; Alonso Calderón, José; Ollero Fresno, Juan Carlos. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos. Estudio del reflujo gastroesofágico (RGE) en los pacientes en los que se ha realizado una gastrostomía en nuestro centro.

Métodos. Revisión de los pacientes intervenidos de gastrostomía en el período 2000-2017. Registro de datos demográficos, clínicos, evolución y complicaciones. Definimos RGE como la presencia de clínica compatible en pacientes que requirieron tratamiento médico o quirúrgico antirreflujo.

Resultados. Incluimos 207 pacientes con una mediana de edad de 2 años [r: 0,25-18]. La patología subyacente más frecuente fue déficit neurológico (74%). Las indicaciones quirúrgicas fueron trastornos deglutorios y/o desnutrición. Previamente a la gastrostomía, 96/207 pacientes (46%) presentaban clínica de RGE. Se realizó funduplicatura asociada a gastrostomía en 41/96 (43%) de los pacientes con RGE previo. En 6/41 pacientes (15%) el RGE empeoró, requiriendo una segunda funduplicatura 4 de ellos. Se registraron 2 perforaciones gástricas y 2 síndromes de Dumping prolongados como complicaciones tras funduplicatura. En 55/96 pacientes con RGE previo a la gastrostomía no se asoció funduplicatura. La clínica desapareció en 16/55 (29%), y mejoró o se estabilizó en 19/55 pacientes (31%). En 20/55 (36%) la sintomatología empeoró, y 10 de ellos precisaron una funduplicatura posterior. De los pacientes sin clínica previa de RGE (111/207), presentaron síntomas de RGE tras la gastrostomía 18/111 (16%), y solo 2 pacientes requirieron funduplicatura.

Conclusiones. En nuestra experiencia, la realización de técnica antirreflujo asociada a la gastrostomía de forma rutinaria no está justificada, ya que en la mayoría de los casos el RGE mejora o permanece estable. Se aconseja un tratamiento individualizado que justifique su indicación en cada caso.

(Oral 3 minutos)

- **Evaluación de la calidad de vida a largo plazo en pacientes operados de hernia diafragmática congénita.** Del Valle Gómez, Paula; Peláez Mata, David; de Agustín Asensio, Juan Carlos. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. Examinar la calidad de vida relacionada con la salud de un grupo de adolescentes intervenidos de hernia diafragmática congénita (HDC) en el periodo neonatal y compararlo con un grupo de adolescentes sanos.

Métodos. Estudio descriptivo de las características de la HDC, manejo neonatal y quirúrgico de 41 pacientes diagnosticados de HDC entre 1997 y 2004. Se envió un cuestionario a 21 de los 29 supervivientes, incluyendo la encuesta de calidad de vida SF-36 (36-Item Health Survey Short Form). Estudio comparativo con los datos obtenidos de 34 adolescentes sanos.

Resultados. Entre los supervivientes hallamos una mayoría de defectos izquierdos (86,2%) y pequeños (tipo A o B, 82%). Tres pacientes precisaron oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). Se efectuó cierre primario en 82,8% y con parche en 17,2%. Entre los 12 fallecidos presentaban defectos izquierdos el 58,3% y de mayor tamaño, tipo C (58%) o D (25%). Siete pacientes precisaron ECMO. Contestaron el cuestionario 16 supervivientes. El 94% consideró su salud como “Excelente”, “Muy buena” o “Buena”, obteniendo unos resultados globales similares a los adolescentes de su edad. No se objetivó una peor calidad de vida en los pacientes con un defecto diafragmático mayor o necesidad de ECMO neonatal.

Conclusiones. La calidad de vida a largo plazo de los pacientes operados de HDC es similar a la de los adolescentes sanos de su edad. Estos resultados permiten dar a los padres una perspectiva tranquilizadora sobre el futuro de sus hijos. El siguiente paso es relacionar los resultados con pruebas de rendimiento físico y función cardio-pulmonar.

(Oral 3 minutos)

- **Factores predictivos de complicaciones quirúrgicas en pacientes intervenidos de funduplicatura de Nissen laparoscópica.** Valdivieso Castro, Marcela Pía; Cardenal Alonso-Allende, Teresa Mercedes; Medrano Méndez, Lara; Tuduri Limousin, Íñigo; Álvarez Martínez, Luana; Ruiz Aja, Eduardo. *Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Bizkaia.*

Objetivos. Analizar los factores predictivos de complicaciones quirúrgicas en la Funduplicatura de Nissen laparoscópica (FN).

Métodos. Estudio retrospectivo de paciente intervenidos de FN laparoscópica quirúrgicas entre 2013-18. Clasificación de las complicaciones según escala Clavien Dindo y su asociación con los factores de riesgo estudiados (peso, edad, colocación de gastrostomía durante la cirugía, encefalopatía, ASA). Análisis estadístico mediante T de student y chi-cuadrado en función de variable.

Resultados. Se han intervenido 50 pacientes consecutivos, con una mediana edad de 15 meses (1-188) peso mediano 9 kg (3,5-62,6), ASA mayor o igual a III 58% y encefalopatía 44%. Se asoció colocación de gastrostomía en 31 pacientes. Tuvimos 2 complicaciones Clavien Dindo I, 2 complicaciones II y 6 IIIB, no existiendo fallecimientos debidos a la cirugía.

Solo 3 complicaciones no estaban ligadas a la gastrostomía. De los factores de riesgo estudiados, encontramos asociación estadística entre las complicaciones y el peso (9,42 kg vs 16,18; $p=0,039$) así como si se asocia gastrostomía al FN (32,3% si asocia vs 0% si no; $p=0,022$). No hemos encontrado diferencias significativas respecto al ASA (24% en mayor o igual a III vs 15%), edad (52,17 vs 36,8) ni encefalopatía (27% vs 14%).

Conclusiones. La asociación de bajo peso y colocación de gastrostomía se asocia a mayor tasa de complicaciones quirúrgicas, no siendo posible separarlos dado el tamaño muestral. Sin embargo, la FN no asociada a gastrostomía tiene una baja tasa de complicaciones en nuestra serie (6%).

(Oral 5 minutos)

- **¿Influye el tiempo hasta el inicio de la antibioterapia y la cirugía en los resultados de la apendicitis aguda?** Muñoz-Serrano, Antonio Jesús; Delgado-Miguel, Carlos; Núñez, Vanesa; Barrena, Saturnino; Velayos, María; Estefanía, Karla; Miguel, Miriam; Martínez, Leopoldo. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. El tiempo hasta el inicio del tratamiento es un elemento fundamental a considerar en patologías infecciosas como la apendicitis aguda (AA). Existen escasos artículos en la literatura que analicen la relación entre el inicio precoz de la antibioterapia y el desarrollo de complicaciones en la AA. Nuestro objetivo es analizar dicha influencia y el efecto de su retraso.

Métodos. Se realizó un estudio observacional retrospectivo en niños intervenidos de AA entre 2017-2018. Se analizaron variables demográficas, antropométricas, clínicas, tiempo transcurrido hasta el inicio de la antibioterapia, tiempo transcurrido hasta la cirugía y complicaciones postoperatorias.

Resultados. Se incluyeron 592 pacientes con mediana de seguimiento de 12 meses. El inicio de antibioterapia en las primeras 8 horas tras el diagnóstico previene la aparición de complicaciones (OR 0,24 [IC95% 0,07-0,80]), disminuyendo significativamente el porcentaje de aparición de abscesos intraabdominales del 25,0% al 5,5% ($p=0,03$). El inicio de la antibioterapia en las primeras 4 horas tras el diagnóstico disminuyó significativamente la tasa de infección de herida en pacientes con normopeso (2,9% vs. 13,6%; OR 0,19 [IC95% 0,045-0,793]; $p=0,042$). La intervención quirúrgica en las primeras 24 horas tras el diagnóstico disminuye la proporción de AA evolucionada (gangrenada y peritonitis) del 100% al 38,6% ($p=0,023$).

Conclusiones. El inicio precoz de la antibioterapia en las primeras 4h tras el diagnóstico de AA previene el desarrollo de complicaciones postquirúrgicas, sobre todo en pacientes sin sobrepeso. Por ello una orientación clínica adecuada y valoración precoz por el cirujano pediátrico son un elemento clave para disminuir la morbilidad asociada a AA.

(Oral 5 minutos)

- **Eficacia del tratamiento conservador para el manejo de plastrones apendiculares (PAS) y estudio de factores de riesgo de fracaso terapéutico.** Cuesta Argos, Mario; Martín Solé, Oriol; Pérez Bertólez, Sonia. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

Objetivos. Revisión de la eficacia del tratamiento conservador de PA, utilizando antibioterapia inicial y apendicectomía diferida entre los 3 y 6 meses. Identificación de los factores de riesgo de fracaso y reintervención precoz.

Métodos. Estudio de cohortes retrospectivo de los PAs en pacientes pediátricos de nuestro centro en el periodo 2012-2018. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y radiológicas. Estudio de supervivencia y de factores de riesgo del fracaso del tratamiento conservador mediante regresión de Cox y logística.

Resultados. Se realizó tratamiento conservador a 45 pacientes entre 3 y 16 años, de los cuales 5 recurrieron y necesitaron de una apendicectomía antes de la fecha programada para la cirugía diferida (11,1% con IC95%: 4,5 a 25,7%), siendo efectivo el tratamiento conservador en un 88,9% (IC95%: 75,3 a 98,5%). No hubo complicaciones quirúrgicas en ningún paciente al que se pudo realizar una cirugía diferida. No encontramos ningún factor demográfico (sexo, edad, peso), clínico (fiebre, antibioterapia), analítico (PCR y % bandas) ni radiológico (apendicolitoo absceso intrabdominal) en los análisis de regresión que nos permitieran predecir el riesgo de fracaso del tratamiento conservador.

Conclusiones. Gran mayoría de pacientes se pueden beneficiar de un tratamiento conservador, permitiendo una apendicectomía diferida sin complicaciones. Sin embargo, no hemos encontrado factores de riesgo que nos permitan predecir fracaso terapéutico. En consecuencia, todos los pacientes deben de seguir una vigilancia clínica hasta la apendicectomía electiva.

(Oral 3 minutos)

- **El impacto de la preparación intestinal previa a la cirugía electiva de cierre de ostomía.** Fernández Bautista, Beatriz; Fanjul, María; Molina, Esther; De la Torre, Manuel; Ordóñez, Javier; Cerdá, Julio; Del Cañizo, Agustín; García-Casillas, María Antonia; Peláez, David; Pérez Egido, Laura; De Agustín, Juan Carlos. *Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. La preparación mecánica intestinal (PI) previa a la reconstrucción del tránsito es una práctica habitual en niños realizada con el fin de disminuir las complicaciones quirúrgicas. Dada la controversia existente en la literatura actual nuestro objetivo es determinar su eficacia en nuestro hospital.

Métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes mayores de 4 kg intervenidos de reconstrucción de tránsito intestinal en los últimos 13 años en nuestro centro. Se compararon pacientes con preparación intestinal (grupo PI) realizada con

polietilenglicol y electrolitos, junto con ingesta de líquidos claros durante las 24 horas previas a la cirugía; y pacientes sin preparación intestinal (grupo NO-PI) que recibieron una dieta normal antes de la intervención. La técnica quirúrgica fue similar en ambos grupos. Se recogieron las siguientes variables: porcentaje de infección de herida, dehiscencia, absceso intraabdominal, obstrucción intestinal y alteraciones hidroelectrolíticas (hiponatremia, hipopotasemia), tiempo hasta inicio de tránsito intestinal, inicio de tolerancia oral y alta hospitalaria. Se usaron pruebas paramétricas chi-cuadrado y t-student para variables independientes.

Resultados. Se estudiaron un total de 62 pacientes (PI N= 30 y NO-PI N= 32) Los grupos fueron homogéneos en edad, peso, patología previa y localización de ostomía (ileon/colon). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las complicaciones quirúrgicas ni tiempos postoperatorios estudiados ($p > 0,05$), sin embargo se encontraron más alteraciones hidroelectrolíticas (hiponatremia) en el grupo de pacientes con preparación intestinal ($p = 0,02$).

Conclusiones. En nuestra serie la preparación intestinal mecánica previa al cierre de ostomía no disminuye el riesgo de complicaciones quirúrgicas, sin embargo puede producir alteraciones hidroelectrolíticas.

(Oral 3 minutos)

- **Resultados del enema hidroestático en pacientes con clínica prolongada de invaginación ileocólica.** Cardenal Alonso-Allende, Teresa Mercedes; Valdivieso Castro, Marcela Pía; Álvarez Martínez, Luana; Tuduri Limousín, Íñigo; Oliver Llinares, Francisco José. *Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Bizkaia.*

Objetivos. El *gold standard* para el tratamiento de la invaginación ileocólica en el paciente estable sin complicación radiológica es el enema hidroestático. No hay unanimidad sobre si la sintomatología prolongada de invaginación influye en los resultados de dicho tratamiento. El objetivo de este estudio es determinar si el enema hidroestático es efectivo y seguro en pacientes con clínica de invaginación ileocólica mayor de 24 horas.

Métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de invaginación ileocólica en nuestro hospital entre 2014 y 2017. Hemos dividido en 2 grupos a los pacientes a los que se realizó enema en función del tiempo de clínica, mayor o menor de 24 horas. El análisis estadístico se realizó mediante el test de chi cuadrado.

Resultados. En este período se atendieron 59 niños con invaginación ileocólica con duración variable de los síntomas (2 horas a 7 días). Del total de pacientes, en 49 se realizó enema hidroestático inicial con una efectividad global del 91,8% (45 pacientes). En el grupo de clínica < 24 h (33 pacientes, 67,3%) se objetivó una efectividad del 93,9% y en el grupo de clínica > 24 h (16 pacientes, 32,7%) se objetivó una

efectividad del 87,5%. No hubo diferencias significativas al comparar la efectividad entre ambos grupos ($p = 0,588$). En ningún paciente hubo complicaciones tras el enema.

Conclusiones. El empleo del enema hidroestático en pacientes con clínica prolongada de invaginación es efectivo y seguro. Consideramos que debería ser la primera herramienta terapéutica en el paciente estable sin complicación radiológica, independientemente del tiempo de evolución.

(Oral 3 minutos)

- **Asociación entre páncreas ectópico gástrico y atresia de esófago.** Barila Lompe, Patricia; Gine Prades, Carlos; García Martínez, Laura; Laín Fernandez, Ana; López, Manuel. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. El páncreas ectópico (PE) es la presencia de tejido pancreático sin conexión anatómica o vascular con la glándula pancreática y tiene una prevalencia en las necropsias entre el 0,6-13,7%, siendo la localización gástrica la más frecuente (25-38%). En algunos casos puede ocasionar síntomas oclusivos, hemorrágicos o degeneración maligna. A raíz de un caso de atresia de esófago (AE) con PE sintomático, decidimos determinar su incidencia en estos pacientes con AE.

Métodos. Estudio prospectivo de un solo centro donde se realiza una búsqueda activa del PE en todos los pacientes tributarios de endoscopia digestiva alta diagnóstica o terapéutica distribuidos por patologías entre el 2016-2018.

Resultados. 192 pacientes fueron estudiados: 53 (27,60%) AE, 37 (19,27%) por sospecha de esofagitis eosinofílicas, 23 (11,97%) por sospecha de celiaquía y 79 (41,14%) por otras patologías. Se hallaron 7 PE gástricos, todos en el grupo de AE (7/53, 13,2%), siempre de localización antral prepilórica. 4/7 fueron varones y en 4/7 la AE fue de tipo III. Solo 1 paciente presentó clínica hemorrágica y requirió tratamiento quirúrgico. En el resto se optó por el seguimiento. En ninguno de los otros grupos estudiados se evidenció esta malformación ($p < 0,05$).

Conclusiones. La incidencia del PE gástrico en pacientes con AE en nuestra serie (13,2%) fue muy superior en el resto de grupos estudiados (0%) y en la población general (0,15-5,2%), sugiriendo una asociación entre estas dos malformaciones. La potencial morbilidad del PE hace recomendable su búsqueda en pacientes con AE y, de hallarse, su seguimiento a largo plazo.

(Oral 3 minutos)

- **Páncreas ectópico gástrico: revisión a propósito de 3 casos.** Mínguez Gómez, María Antonia; Miró Rubio, Ignacio; Carazo Palacios, María Elena; Valdés Diéguez, Estíbaliz; Ibáñez Pradas, Vicente; Vila Carbó, Juan José. *Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

Objetivos. Conocer el aspecto endoscópico típico y el manejo del tejido pancreático ectópico.

Métodos. Presentamos 3 casos clínicos en los que se diagnosticó la presencia de tejido pancreático ectópico por endoscopia, mediante la visualización de una lesión típica: sobrelevada, con mucosa gástrica normal y base ancha, bordes definidos y umbilicada.

Resultados. Dos pacientes fueron diagnosticados de forma incidental, al realizárseles una endoscopia digestiva alta como control de una estenosis esofágica secundaria a atresia de esófago. El tercer paciente, afecto por una coagulopatía, acudió a urgencias por una hemorragia digestiva alta. En los 3 casos, al realizarse la endoscopia se visualizó el mismo tipo de lesión en estómago, junto al píloro, con mucosa gástrica intacta y sin signos de sangrado. No se realizó biopsia ni resección posterior de la lesión en ningún caso. Durante el seguimiento, ningún paciente ha presentado incidencias.

Conclusiones. El páncreas ectópico es la presencia de tejido pancreático en una localización diferente a la habitual, sin continuidad anatómica ni vascular con el páncreas. La localización típica es la región prepilórica del estómago y habitualmente cursan sin síntomas. La imagen endoscópica es muy característica y suele ser suficiente para el diagnóstico, ya que la toma rutinaria de biopsias tiene escasa sensibilidad. Únicamente precisan estudio histológico aquellas lesiones que no cumplen criterios de benignidad, con el fin de descartarse otras lesiones. El manejo en el resto de casos es conservador, dado el bajo riesgo de complicaciones.

(Póster presentado)

DIGESTIVO 2

Viernes, 24 de mayo de 2019

- **Manejo quirúrgico del paciente pediátrico con enfermedad inflamatoria intestinal.** Siu Uribe, Ariadna; Garrido Pérez, José Ignacio; Murcia Pascual, Francisco Javier; Ibarra Rodríguez, María Rosa; Escassi Gil, Álvaro; Paredes Esteban, Rosa María. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivos. El 25% de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) debuta antes de los 18 años asociándose con mayor severidad, progresión rápida, necesidad de intervención quirúrgica temprana y complicaciones postoperatorias.

Métodos. Revisión retrospectiva de pacientes con diagnóstico de EII en los últimos 13 años (2005-2018) e intervenidos quirúrgicamente en nuestro centro. Analizamos variables clínicas, indicaciones de tratamiento quirúrgico y complicaciones.

Resultados. 54 pacientes en seguimiento por EII en nuestro centro, 28 colitis ulcerosa (CU) y 26 enfermedad de Crohn (EC). Del total, 9 (17%) precisaron tratamiento: 6 con CU y 3 con EC. Tiempo medio desde el diagnóstico hasta la cirugía 44 meses (rango 18-108). En el 100%, la indicación de intervención quirúrgica fue el fracaso del tratamiento médico. Se intervinieron 3 pacientes con EC; 2 pacientes con patrón

fistulizante y 1 con patrón estenosante, sin complicaciones en el postoperatorio inmediato ni durante el seguimiento. La cirugía de elección en pacientes intervenidos de CU (n= 6) fue la proctocolectomía con reservorio ileoanal en J (n= 4); colectomía subtotal (n= 1); y hemicolectomía (n= 1). En los dos últimos, se completó la proctocolectomía a los 5 y 60 meses, respectivamente. Todos precisaron de ileostomía de descarga con un tiempo medio de reconstrucción del tránsito de 13 meses (2-44 meses). Cuatro pacientes presentaron complicaciones; obstrucción intestinal por bridas (n= 2), relacionada con la ileostomía (n= 1) y fístula reservorio-vagina, que resultó en una ileostomía definitiva (n= 1).

Conclusiones. La EII presenta elevada morbimortalidad, especialmente en la infancia. La cirugía es precisa en casos refractarios al tratamiento médico, siendo de gran importancia el manejo multidisciplinar.

(Oral 3 minutos)

- **Indicaciones y resultados a largo plazo de la estimulación de raíces sacras en pacientes con malformaciones pélvicas congénitas.** Vilanova-Sánchez, Alejandra; Rubio-Pérez, Inés; Álvarez, Mario; Andrés Moreno, Ane Miren; Marijuan Martín, José Luis; Pascual Migueláñez, Isabel. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. Presentar las indicaciones y resultados de la terapia de neuromodulación de raíces sacras (NRS) en pacientes con malformaciones pélvicas y colorrectales congénitas con incontinencia fecal o estreñimiento grave.

Métodos. Revisión retrospectiva de pacientes tratados con NRS en nuestro centro. Se estudió edad de inicio de NRS, enfermedad de base, intervenciones y tratamientos previos, resultado/satisfacción a largo plazo y tiempo de seguimiento. En todos los pacientes se realizó un periodo de prueba mediante estimulación percutánea en raíz S3 durante 4-8 semanas. Se colocó el implante definitivo en aquellos que presentaron mejoría de los síntomas.

Resultados. De un total de 130 pacientes con NRS de 2009 a 2018, 8 (6%) presentaban patología congénita; La edad media de implante fue de 24 años (16-30). Las patologías de base fueron: dismotilidad colónica generalizada (4), atresia anal intervenida con agenesia sacra parcial (2), poliposis familiar con descenso ileoanal en la infancia (1) y mielomeningocele intervenido al nacimiento (1). Los tratamientos previos fallidos fueron: laxantes estimulantes, enemas diarios, loperamida y/o resinas. En 2/5 pacientes con estreñimiento mejoró el ritmo deposicional. En 3/3 pacientes con incontinencia fecal disminuyeron los episodios de incontinencia diurna y nocturna. El grado medio de satisfacción fue de 7/10. La media de seguimiento es de 4,5 años (1-10).

Conclusiones. La neuromodulación de raíces sacras puede estar indicado en pacientes con malformaciones congénitas una vez alcancen la adolescencia. Para indicarlo deben haber fallado tratamientos conservadores como laxantes y enemas.

Presentan mejor respuesta a NRS pacientes con incontinencia comparados con aquellos con estreñimiento.

(Oral 3 minutos)

- **Validación del cuestionario de calidad de vida e incontinencia fecal CINCY-FIS en español.** Álvarez Barrial, María; Nava Hurtado de Saracho, Francisco de Borja; Serradilla Rodríguez, Javier; Bueno Jiménez, Alba; Dore Reyes, Mariela; Andrés Moreno, Ane; Martínez Urrutia, María José; Vilanova Sánchez, Alejandra. *Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Objetivos. La incontinencia fecal (IF) tiene un gran impacto en la calidad de vida de niños y sus cuidadores. Para medir dicho impacto no existe un cuestionario validado en español. No obstante, en otros idiomas sí existen como el *Cincinnati Fecal Incontinence Scale* (CINCY-FIS) en inglés. Nuestro objetivo es validar este cuestionario en español.

Métodos. Se incluyeron pacientes con IF y a un grupo control comparable atendidos en nuestro centro en el año 2018. El CINCY-FIS (5 categorías diferentes: actividades físicas, síntomas físicos, relaciones sociales, emocionales y ansiedad parental) fue traducido siguiendo las guías de traducción doble-reversa. Una vez traducido el cuestionario fue completado en consulta o telefónicamente por los padres/cuidadores.

Resultados. Un total de 56 pacientes contestaron el cuestionario (31 controles) con edad media de 7,5 años (DS 2,6). Los resultados fueron estadísticamente diferentes para ambos grupos [(73,5 (23,4) vs 43,3 (8,5)] ($p < 0,05$) indicando peor calidad de vida en pacientes con IF. El CINCY-FIS en español demostró buena consistencia interna y reproductibilidad para ambos grupos (Chronbach's alpha 0,95). La media de tiempo empleado en responder el test fue de 10 minutos (DS 2,5).

Conclusiones. El cuestionario de impacto en la calidad de vida CINCY-FIS presenta buena validez y fiabilidad en español. Es una herramienta muy útil y rápida que permite evaluar tratamientos dirigidos para tratar la incontinencia fecal y su impacto en la calidad de vida.

(Oral 5 minutos)

- **Cirugía transanal en la enfermedad de Hirschsprung: serie de casos.** Crehuet Gramatyka, David; Gutiérrez Sanromán, Carlos; Barrios Fontoba, José Enrique; Martín, Fonseca, Rosa; Miró Rubio, Ignacio; Mínguez Gómez, María Antonia; Ortolá Fortes, Paula; Costa Roig, Adrià; Del Peral Sanmaniego, María Pilar; Vila Carbó, Juan José. *Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia.*

Objetivos. Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con Enfermedad de Hirschsprung (EH) intervenidos en nuestro centro por vía transanal.

Métodos. Se seleccionaron todos los pacientes con diagnóstico de EH intervenido por vía transanal en nuestro centro entre los años 2009 y 2018. A todos los pacientes se les realizó biopsia laparoscópica de la zona previa a la dilatación. Tras la confirmación peroperatoria de la presencia de células ganglionares en los plexos de Auerbach y Meissner, se procedió al descenso por vía transanal tipo de La Torre, hasta alcanzar la zona de la biopsia. Se realizó sutura automática circular, salvo en dos pacientes (de 2 y 3 meses) que se realizó sutura manual.

Resultados. Se intervinieron 16 pacientes, 13 hombres y 3 mujeres, de mediana de edad 12,5 meses (2-30). Un paciente presentó enterocolitis y otro anemia ferropénica previo a la intervención. La mediana de la longitud reseçada fue 14,5 cm (3-45), sin incidencias intraoperatorias. Un paciente necesitó de nueva intervención por eventración del trocar umbilical. Ningún paciente ha presentado estenosis, necesidad de dilataciones ni enterocolitis postoperatoria. Tras una media de seguimiento de 64 meses (8-118), un paciente presenta encopresis leve en tratamiento con sistema de irrigación transanal periódicos y otro paciente presenta estreñimiento en tratamiento con enemas periódicos, el resto se hallan asintomáticos.

Conclusiones. En conclusión, podemos afirmar que en nuestra serie el descenso transanal con sutura circular automática es una técnica segura, eficaz, que presenta una tasa baja de complicaciones intra y postoperatorias con buenos resultados a largo plazo.

(Oral 3 minutos)

- **Abordaje laparoscópico en la enfermedad de Crohn: nuestra experiencia.** Saura García, Laura; Palazón Bellver, Pedro; Pujol Muncunill, Gemma; González Pérez, Jesús; Julià Masip, Victòria; Martín Lluís, Alba; Martín de Carpi, Javier; Tarrado Castellarnau, Xavier. *Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.*

Objetivos. Revisar nuestra experiencia en el abordaje laparoscópico de la EC. Se valoran: la indicación quirúrgica, los procedimientos realizados y los resultados.

Métodos. Revisión descriptiva retrospectiva del 2012 al 2018 de pacientes que requirieron cirugía, excluyendo enfermedad perianal. Se analizaron datos demográficos, clínicos, endoscópicos y quirúrgicos.

Resultados. 28 pacientes intervenidos (50% varones). Edad media en la cirugía: $14,29 \pm 2,24$ años. Tiempo del diagnóstico al tratamiento quirúrgico: $2,63 \pm 2,11$ años. El patrón de enfermedad al debut fue: 44,4% inflamatorio, 40,7% estenosante, 3,7% penetrante y 11,1% una combinación de ambos. El 85,2% tuvieron afectación ileal terminal y el 14,8% colónica. La principal indicación quirúrgica fue la oclusión intestinal (85,71%), seguido de absceso intraabdominal con o sin fistulización enteroentérica (10,71%). Todos se abordaron laparoscópicamente, y se requirió conversión en 14,3%. Los procedimientos más frecuentes fueron la resección ileocecal en el 77,4% y estricturoplastia en el 7,14%. El tiempo quirúr-

gico medio fue $237 \pm 70,02$ minutos y la estancia hospitalaria $8,04 \pm 3,57$ días. Solo hubo una complicación menor (infección de herida quirúrgica). El 96,43% de los pacientes mantuvo tratamiento biológico. Se realizó endoscopia postquirúrgica de control en el 57,14% y el 81,2% no presentaba recidiva (Índice de Rutgeerts < 2). Con una media de seguimiento de 1,98 años el 90% de los casos no presentan recidiva clínica (PCDAI: *Pediatric Crohn's Disease Activity Index* ≤ 10).

Conclusiones. La cirugía mínimamente invasiva para el tratamiento de la EC es segura y eficaz con escasa morbilidad. El tratamiento quirúrgico forma parte del manejo integral de la EC, permitiendo años de remisión clínica.

(Oral 3 minutos)

- **Experiencia inicial en la realización de gastrostomía laparoscópica con ayuda de un trocar pelable.** Pérez Egido, Laura; Del Cañizo, Agustín; García-Casillas, María Antonia; Fanjul, María; Cerdá, Julio; Fernandez Bautista, Beatriz; De La Torre, Manuel; Ordóñez Pereira, Javier; De Agustín, Juan Carlos. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. Las gastrostomías realizadas mediante técnica laparoscópica han demostrado ser las que menos complicaciones mayores presentan. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia inicial con un procedimiento laparoscópico para la realización de gastrostomía que permite la elección de la localización gástrica y además, una alta congruencia entre el acceso cutáneo y la sonda, para evitar complicaciones locales.

Métodos. Se presentan las gastrostomías realizadas entre 2016-2018 mediante el siguiente procedimiento laparoscópico: con una óptica infraumbilical de 5 mm y dos trocres de instrumentación de 3 mm en fosa ilíaca izquierda e hipocondrio derecho, se fija la cavidad gástrica, triangulando con tres puntos, a la pared abdominal. En el centro y con control visual directo, se perfora la pared abdominal y la cavidad gástrica con un sistema pelable de cistostomía percutánea y se introduce una sonda de Foley, que se intercambiará al mes por una botón de gastrostomía en la consulta.

Resultados. Se han realizado 7 gastrostomías mediante en pacientes con una mediana de edad de 2,5 meses (rango 1-49 meses). La mediana del tiempo quirúrgico fue de 60 minutos (rango 50-70 minutos). No se presentó ninguna complicación intraoperatoria. Un paciente presentó una complicación local (granuloma) tratada conservadoramente.

Conclusiones. Las gastrostomías realizadas mediante esta técnica laparoscópica ofrecen como ventajas ser un procedimiento sencillo, seguro, de corta duración, que permite la elección de la localización de la gastrostomía, evitando complicaciones mayores, y la alta congruencia entre la incisión de la piel y la sonda de gastrostomía que permite disminuir las complicaciones menores.

(Video 3 minutos)

- **Colostomía asistida por laparoscopia en pacientes con malformación anorrectal: una forma sencilla de evitar complicaciones.** Sánchez Abuín, Alberto; Molina Vázquez, María Elena; Gómez Beltrán, Oscar; Alonso Arroyo, Verónica; Aguilar Cuesta, Raquel. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivos. La colostomía más fístula mucosa en pacientes con malformación anorrectal (MAR) se realiza en la unión del colon descendente con el sigmoides a través de una incisión en flanco izquierdo. Dicha incisión es susceptible de diversas complicaciones: infección, dehiscencia, eventración. Se presenta un abordaje quirúrgico que permite eliminar tales complicaciones.

Métodos. Se describe la realización de la técnica de colostomía más fístula mucosa asistida por laparoscopia en una paciente con MAR tipo fístula recto-vestibular.

Resultados. Paciente sexo femenino recién nacida a término con MAR tipo fístula recto-vestibular en la que se realiza en el período neonatal una colostomía más fístula mucosa asistida por laparoscopia. Se marcan los sitios de ubicación de la colostomía y la fístula mucosa. Se accede por un trocar umbilical de 5 mm. Se coloca un puerto de 3 mm en la posición de la fístula mucosa. Se identifica mediante una pinza el límite entre el colon descendente y el sigmoides, el cual se exterioriza a través de una incisión de 1 cm en el sitio de la colostomía. Se divide dicho límite y se exteriorizan los cabos a través de las dos incisiones correspondientes.

Conclusiones. La colostomía asistida por laparoscópica en pacientes con MAR ofrece una gran ventaja al evitar la incisión entre los dos cabos y el riesgo secundario de complicaciones. Además, facilita el posterior cierre de la colostomía al disminuir las adherencias intestinales. Por tal razón, la colostomía laparoscópica, debido a sus múltiples ventajas y fácil reproducibilidad, debe instaurarse como técnica estándar para los pacientes con MAR.

(Póster presentado)

- **Innovación en el procedimiento de resección intestinal laparoscópica: marcaje endoscópico y dispositivos magnéticos.** Cadaval Gallardo, Carlos¹; Bignon, Horacio²; Millán, Carolina²; Martínez Ferro, Marcelo². ¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Fundación Hospitalaria Buenos Aires.

Objetivos. Reportar el primer caso de resección intestinal laparoscópica asistida con imanes en un paciente pediátrico, guiada por marcaje endoscópico previo.

Métodos. Paciente de 9 años con antecedentes de Síndrome de Peutz-Jegher y varios episodios de hemorragia digestiva anemizante. Primer tiempo: Endoscopia donde se objetiva lesión polipoidea yeyunal de 10 cm de diámetro aproximado. Marcaje endoluminal con tinta china Segundo tiempo: Mediante cirugía mínimamente invasiva (CMI) laparoscópica,

dos semanas después del primer tiempo, se aborda la cavidad abdominal con tres puertos de trabajo: umbilical de 13 mm, 10 mm en flanco derecho y 5 mm flanco izquierdo. Se visualiza perfectamente la región marcada en ayuno y con asistencia de instrumental magnético se realiza resección intestinal de 8 cm. Luego se efectúa anastomosis laterolateral con Endograpadora 35 mm y sutura laparoscópica. Extracción de pieza por trocar umbilical.

Resultados. Evolución postoperatoria satisfactoria. Dolor controlado e inicio de tolerancia al segundo día. Alta hospitalaria al tercer día. Excelente resultado estético. Anatomía patológica compatible con lesión polipoidea benigna.

Conclusiones. Se propone la CMI como la técnica de elección en las resecciones y anastomosis intestinales, conjuntamente con el empleo de marcaje endoscópico prequirúrgico, que optimiza la ubicación anatómica de lesiones endoluminales, y la asistencia con instrumental magnético, que favorece la triangulación, mejora la tracción-contracción de los tejidos y reduce la posibilidad de un cuarto puerto de trabajo.

(Video 3 minutos)

- **Tratamiento de fístula enterocutánea combinando láser diodo y embolización.** Andrés Moreno, Ane Miren; Ponce, María Dolores; Jiménez, Javier; Gómez-Cervantes, Manuel; Vilanova-Sánchez, Alejandra; López-Gutiérrez, Juan Carlos; López-Santamaría, Manuel. *Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Objetivos. El tratamiento de las fístulas enterocutáneas establecidas en pacientes multioperados es complejo y requiere de soluciones creativas. Presentamos la resolución de un caso con láser diodo y con cianoacrilatos.

Caso clínico. Paciente de 15 años, diagnosticado a los 12 de colitis ulcerosa y sometido a pancolectomía con ileostomía urgente por brote refractario al tratamiento médico. Cinco meses después se realizó un descenso ileoanal con reservorio dejando ileostomía de protección, pero presentó un postoperatorio tórpido con infección pélvica precisando dos nuevas laparotomías urgentes, para lavado y hemostasia. Seis meses después, se evidenció una estenosis de la anastomosis que se resolvió tras varias dilataciones, neumáticas bajo visión endoscópica y domiciliarias con tallos de Hegar. Un año después se cerró la ileostomía, presentando al mes una distensión abdominal y aparición de fístula en línea media abdominal, que pudo tutorizarse endoscópicamente, observando su origen en la anastomosis ileoanal. Se trató mediante sesiones de láser diodo, con mejoría parcial, aunque persistía la salida de gases. Un año después se embolizó implantando espirales de platino y cianoacrilatos diluidos con lipiodol, resolviéndose totalmente el cuadro. Transcurridos 3 meses de esta última intervención, el paciente se encuentra asintomático, con continencia fecal total diurna y nocturna, 3 deposiciones al día, y la fístula está cerrada, aunque en alguna ocasión exuda una mínima cantidad de líquido con la expulsión de alguna espiral.

Conclusiones. El tratamiento con láser diodo, combinado con embolización con espirales de platino y cianoacrilatos, puede ser un tratamiento eficaz con baja morbilidad de las fístulas enterocutáneas establecidas.

(Póster presentado)

- **Duplicación anal.** Lizarraga Rodríguez, Rocío; Ramos García, José Luis; Larreina de la Fuente, Leire; Urbistondo Galarraga, Alex. *Hospital Universitario Donostia.*

Objetivos. La duplicación del canal anal es la más infrecuente de las duplicaciones del tracto digestivo, con tan solo 55 casos descritos en la bibliografía mundial. Nuestro objetivo es presentar los 3 casos acaecidos en nuestro Servicio en los últimos 2 años.

Métodos. Paciente mujer de 11 meses que consulta por orificio menor de 1 cm, posterior al ano en posición de litotomía, con doble lumen de hasta 1,5 cm de profundidad. La RMN describe la cavidad en fosa isquioanal derecha. No otras malformaciones asociadas. Paciente mujer de 1 año derivada por sospecha de fístula perianal, objetivándose orificio accesorio a las 5 horas en litotomía con 1 cm de profundidad. En las RMN se objetivan imágenes quísticas en espacio interfinteriano sin malformaciones asociadas. Paciente mujer de 6 meses derivada por sospecha de fístula perianal. Orificio posterior al ano a las 6 horas en litotomía, sin comunicación con el canal anal. En RMN se identifica trayecto lineal de 1 cm desde margen superior del esfínter anal hasta piel, sin otras malformaciones asociadas.

Resultados. En los 3 casos se llevó a cabo la disección y exéresis de la duplicación. El curso postoperatorio transcurrió de forma favorable en los 3 casos y el estudio anatomo-patológico confirmó el diagnóstico de duplicación en todos ellos.

Conclusiones. La duplicidad del canal anal es una malformación congénita muy poco frecuente. El diagnóstico diferencial se plantea respecto a la fístula perianal. La RMN es la prueba de elección para descartar malformaciones asociadas. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica.

(Póster presentado)

- **Trasplante hepático de donante vivo en niños: principales indicaciones y resultados tras 25 años de experiencia.** Serradilla Rodríguez, Javier; Bueno Jiménez, Alba; Álvarez Barrial, María; Sánchez Galán, Alba; Andrés Moreno, Ane; Encinas, José Luis; Nuño, Javier; Díaz, María Carmen; Hierro, Loreto; Hernández Oliveros, Francisco; López Santamaría, Manuel. *Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Objetivos. El trasplante de hígado de donante vivo (THDV) es un procedimiento altamente complejo extensamente usado por la escasez de órganos pediátricos de donante cadáver. Sus principales indicaciones son la atresia de vías

biliares (AVB) y los tumores hepáticos (TH) irreseccables. Presentamos nuestra experiencia y resultados en dichas indicaciones tras 25 años de experiencia.

Métodos. Estudio retrospectivo de nuestra serie histórica de THDV pediátrico. Se realizaron 192 THDV entre 1993-2018. La indicación fue la AVB en 124 pacientes (64,6%: 53 M/71 F, 22,8 meses, 10,2 kg) y los TH en 26 (13,5%: 17 M/9 F, 23,5 meses, 10,3 kg). En 10 (6,7%) se reemplazó la vena cava con vena yugular interna donante y en 20 (13,3%) se practicaron plastias de Tanaka en las anastomosis venosas. Se realizó reconstrucción arterial microquirúrgica en 146 (97,3%).

Resultados. Se reintervinieron precozmente 34 pacientes (22,7%: 19 causas biliares, 9 vasculares, 6 digestivas). 58 (38,7%) requirieron procedimientos intervencionistas (26 complicaciones biliares, 24 vasculares, 8 ambos). Se perdieron precozmente 15 injertos (10%: 3 HAT, 3 trombosis portales, 9 otras). 29 (19,3%) presentaron rechazo en algún momento, pero solo 2 (1,3%) perdieron su injerto. 9 (6%) desarrollaron un trastorno linfoproliferativo. La tasa de re-trasplante fue del 8,7%. La tasa de supervivencia paciente/injerto tras 1 y 5 años fue de 94%/91% y 90%/81% respectivamente.

Conclusiones. El THDV es el tratamiento de elección en AVB y TH irreseccables. Se trata de un procedimiento de gran complejidad incluso para centros con experiencia. La radiología intervencionista resulta esencial en el tratamiento de las complicaciones.

(Oral 5 minutos)

- **Cierre laparoscópico en un tiempo de shunt portosistémico retrohepático latero-lateral (tipo II).** Bueno, Javier¹; López Ben, Santiago²; Molino, José Andrés¹; Guillén, Gabriela¹; López, Segio¹; Bordon, Enrique²; Falguera, Laia²; López, Manuel². ¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ²Hospital Universitario Josep Trueta. Girona.

Objetivos. Los shunts congénitos portosistémicos (SCPS) pueden desarrollar complicaciones muy graves que incluyen tumores hepáticos y síndrome hepatopulmonar. En los SCPS retrohepáticos latero-laterales (tipo II) no se recomienda tratamiento por radiología intervencionista por riesgo de movilización de los dispositivos. El tratamiento de elección es el cierre quirúrgico. Describimos el primer caso de cierre de SCPS tipo II por laparoscopia en un solo tiempo.

Métodos. Paciente de 5 años con SPCS tipo II complicado con hiperamonemia y síndrome hepatopulmonar (soporte de oxígeno constante de 3 L). El test de oclusión mostraba dilatación aneurismática de la porta y árbol portal intrahepático hipoplásico (presión portal: 23 mmHg). El cierre del shunt se realizó por laparoscópica a través de 3 trocares de 5 mm y uno de 10 mm. Tras maniobra de Pringle, movilización

del hígado derecho y disección de la cava retrohepática se identificó el shunt que drenaba en su cara anterior a través del lóbulo caudado. Se realizó cierre primario con clip de polímero. Ecografías seriadas descartaron trombosis y se utilizó heparina profiláctica el primer mes.

Resultados. El tiempo quirúrgico fue de 4 horas. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y fue dado de alta al séptimo día. Tras 8 meses de seguimiento no necesita oxígeno (desde el 6o mes), el amonio es normal con una mejora sustancial de la calidad de vida/escolarización. El estudio Doppler detecta desarrollo normal del árbol portal intrahepático.

Conclusiones. El cierre laparoscópico en un tiempo del SCPS tipo II es factible y efectivo revirtiendo el síndrome hepatopulmonar.

(Video 3 minutos)

- **Caso clínico: cómo una embolización evitó un trasplante hepático.** Serradilla Rodríguez, Javier; Bueno Jiménez, Alba; Muñoz, Antonio Jesús; Delgado, Carlos; Velayos, María; Andrés Moreno, Ane; Hernández Oliveros, Francisco; López Santamaría, Manuel. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Los tumores hepáticos no reseccables figuran entre las indicaciones clásicas para el trasplante de hígado en pacientes pediátricos. Sin embargo, las técnicas intervencionistas suponen un campo terapéutico con múltiples utilidades aún por explotar. Presentamos el caso de un paciente con un sarcoma hepático irreseccable en el que se pudo evitar el trasplante hepático tras llevar a cabo una embolización.

Caso clínico. Paciente de diez años con una masa hepática de gran tamaño compatible con un sarcoma indiferenciado PRETEXT III, tratado según el protocolo EpSSG RMS2005 para tumores de alto riesgo sin conseguir una reducción de su volumen. Debido al riesgo de desarrollar un síndrome small-for-size tras una hipotética cirugía de resección, se decidió realizar una embolización de ramas portales derechas para inducir la hipertrofia del hemi-hígado izquierdo. No obstante, tras dos meses no se evidenció respuesta alguna al tratamiento intervencionista, por lo que se procedió a incluir al paciente en lista de espera de trasplante hepático. Sin embargo, al tercer mes se observó una clara disminución de la masa en una TC de control y la resección pudo llevarse a cabo con éxito evitando así el trasplante. Después de un año de seguimiento, el paciente no ha presentado ningún evento patológico de interés.

Conclusiones. Las técnicas intervencionistas deben ser consideradas como una opción terapéutica en tumores hepáticos irreseccables, especialmente en pacientes con alto riesgo quirúrgico. El desarrollo de dichas técnicas debe ser impulsado ya que podrían evitar el trasplante en pacientes pediátricos seleccionados.

(Póster presentado)