

CIRUGIA PEDIATRICA



Órgano Oficial de la
Sociedad Española de
Cirugía Pediátrica

www.secp.org

Volumen 22

Suplemento 1

Mayo 2009

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTE

L. Bento Bravo

SECRETARIO

A. Blanco Domínguez

COMITÉ ASESOR

B. Agra Cadarso

V. Martínez Ibáñez

F.J. Berchi García

L. Morales Fochs

VICEPRESIDENTE

M. Benavent Gordo

TESORERO

M. Gutiérrez Dueñas

J. Boix-Ochoa

S. Ruiz Company

I. Claret Corominas

J.A. Tovar Larrucea

C. García-Sala Víguer

J.G. Utrilla

EDITOR JEFE DE LA REVISTA

J. Bregante Ucedo

A. Marqués Gubern

J. Vázquez Estévez

COMITÉ DE REDACCIÓN

J. Arana García

J.M. Gutiérrez Dueñas

J.M. Morán Penco

A. Albert Cazalla

F. Hidalgo Acera

J.F. Mulet Ferragut

C. Alonso Bañuelos

R.M. Isnard Blanchard

B. Nieto Vázquez

J. Antón-Pacheco Sánchez

C. Jiménez Álvarez

R. Núñez Núñez

E. Blesa Sánchez

L. Lassaletta Garbayo

F.J. Oliver Linares

A. Castellví Gil

R. Luque Mialdea

F.J. Parri Ferrandis

J. Elías Pollina

J.A. Martín Osorio

A. Queizán de la Fuente

A. Gómez Fraile

J.A. Matute de Cárdenas

Z. Ros Mar

J. González Ferré

C. Marhuenda Irastorza

J.J. Vila Carbó

J. Gracia Romero

L. Martínez Martínez

A. Villanueva Mateo

C. Gutiérrez SanRomán

C. Miguélez Lago

SECRETARÍA DE REDACCIÓN Y CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA

Juan Bregante Ucedo. Hospital Universitario Son Dureta. Servicio de Cirugía Pediátrica. Materno Infantil. C/Andrea Doria, 55.
07014 Palma de Mallorca, Baleares. E-mail: juanbregante@gmail.com / secrecpe@hsd.es

SECRETARÍA DE LA PÁGINA WEB (WWW.SECP.ORG)

Antonio Blanco Domínguez. C/ Bruc nº 69, 2-1. 08009 Barcelona
E-mail: jablanco.germanstrias@gencat.net // 10667jbd@comb.es



C/ Arboleda, 1 – 28221 Majadahonda (Madrid). Telf. 91 636 29 30 – Fax 91 636 29 31
Pza. Josep Pallach, 12 – 08035 Barcelona. Telf. 93 274 94 04 – Fax 93 428 56 60
www.ergon.es

© Ergon S.A.
Reservados todos los derechos. All rights reserved.

ISSN: 0214-1221
Depósito Legal: B-6599/88
Soporte válido Ref. 8804-R

Cirugía Pediátrica viene reseñándose periódicamente en
el Index Medicus, Índice Médico Español y Medline



Impreso en papel libre de ácido
Printed on acid free paper

CIRUGÍA PEDIÁTRICA es la Revista Oficial de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica y, por ello, el órgano de expresión de todas sus actividades. Todos los trabajos enviados a la Secretaría de Redacción serán juzgados por el Comité de Redacción, que tiene la facultad de aceptar y seleccionar los trabajos a publicar. Las opiniones expresadas en los artículos publicados son las de sus autores y no han de ser necesariamente compartidas por el Comité de Redacción. Los trabajos no deberán haber sido publicados previamente y los autores conservarán siempre una copia de cada original remitido. La Revista será trimestral.

Los artículos publicados cumplirán, en general, los "Requisitos de Uniformidad para manuscritos presentados a Revistas Biomédicas" (N Engl J Med 1997; 336: 309-315).

PRESENTACIÓN

Los trabajos deberán ser escritos en papel blanco, tamaño folio, mecanografiados a doble espacio, con márgenes superior, inferior y a los lados. Todas las páginas llevarán una numeración correlativa en el ángulo superior derecho, comenzando por la página del título e incluyendo los cuadros y figuras. Constará de los siguientes apartados:

Primera página. Figurará el título completo del trabajo en castellano, apellidos de los autores, precedidos por la inicial del nombre, centro de trabajo, fecha de envío y nombre y dirección del responsable del trabajo, con quien hay que mantener la correspondencia. Debe constar si el trabajo ha sido presentado parcial o totalmente en algún Congreso, Simposium o Reunión.

Segunda página. Resumen y palabras clave. El resumen constará de 200 palabras aproximadamente y debe reflejar de forma concisa y clara el objetivo del estudio o investigación. En esta hoja figurará una traducción al inglés del título del trabajo, del resumen y de las palabras clave.

Trabajo. Constará de las Secciones ya conocidas: introducción, material y métodos, resultados y discusión, con una extensión máxima de 8 folios. Los trabajos referidos a casos clínicos, que deberán limitarse a una exposición de los hechos y unos comentarios, tendrán una extensión de unos 4 folios:

- Introducción:** Se expone el objetivo del trabajo, resumiendo las razones para su estudio. Solamente pueden hacerse referencias estrictas de trabajos previos.
- Material y Métodos:** Deben descubrirse claramente los criterios de selección del material de experimentación, pacientes y controles incluidos en el estudio. El procedimiento seguido será expuesto con detalle, para su más fácil comprensión. No deben usarse nombres de pacientes, ni números de historias clínicas.
- Resultados:** Se presentarán en una secuencia lógica en el texto, cuadros e ilustraciones, remarcando o resumiendo las observaciones importantes.
- Discusión:** Se destacarán los aspectos nuevos o importantes del estudio. No deben repetirse los detalles dados en los resultados. Establecer nuevas hipótesis si están justificadas.

Bibliografía. Deberá ser numerada por orden de aparición en el texto e identificada, entre paréntesis, con números arábigos. Siguiendo las normas de Vancouver, se realizará con el siguiente orden: todos los autores, o los seis primeros et al. (apellidos e iniciales del nombre, separados por una coma), título completo del artículo en lengua original, nombre de la revista según las abreviaturas del Index Medicus, año de aparición, volu-

men e indicación de la primera y última página, ej.: N Engl J Med 1991; 324: 424-428.

Figuras. Estarán numeradas por orden de aparición, con números arábigos. No se admitirán radiografías ni otro material original. Deben enviarse fotografías en blanco y negro, nítidas y en papel brillante, no superior a 24 x 30 cm. Las letras, números o símbolos, incluidas en las figuras, deberán ser claros y de tamaño suficiente para que cuando se reduzca la figura, siga leyéndose perfectamente. En el dorso de la figura constará la numeración, así como una flecha indicando la parte superior de la misma. También se admiten figuras en soporte informático siempre que tengan al menos 300 ppp.

Pie de figuras. Se mecanografiarán en hoja aparte, numerándolas con el número arábigo que corresponde a la figura.

Tablas o Cuadros. Cada cuadro completo, con un título breve en su parte superior y notas a pie de cuadro, se presentará en una hoja mecanografiada a doble espacio. Los cuadros también tendrán su numeración, en números romanos, que será correlativa siguiendo el orden de aparición en el texto.

Figuras y tablas. El número será el indispensable para la buena comprensión del texto. Se admitirán hasta un máximo (incluyendo ambas) de 4 para las Notas clínicas y de 8 para los Originales.

Abreviaturas. Las abreviaturas usadas deben ser definidas y descritas en el momento de la primera aparición en el texto.

NÚMEROS MONOGRÁFICOS

Se podrán proponer por parte de los autores o del Comité de Redacción la confección de números monográficos. En todo caso, el Comité de Redacción y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.

ENVÍO DE TRABAJOS

Los trabajos deben enviarse por e-mail a la Secretaría de Redacción (Juan Bregante Ucedo, juanbregante@gmail.com o secrecpe@hds.es) o por correo ordinario (Juan Bregante Ucedo, Hospital Universitario Son Dureta, Servicio de Cirugía Pediátrica, Materno Infantil, C/Andrea Doria, 55, 07014 Palma de Mallorca, Baleares), por triplicado, acompañándose entonces de una versión en soporte informático. En todo caso deberá adjuntarse una carta en la que todos los autores manifiesten que han participado en alguna fase de su elaboración y que se hacen responsables de su contenido.

La Secretaría de Redacción acusará recibo del manuscrito y, si el Editor lo considera válido, lo enviará a dos jueces externos. El autor estará permanentemente informado de la situación de su trabajo.

Se recomienda hacer antes del envío una comprobación por este orden:

- Carta con la firma de todos los autores.
- Página principal.
- Resumen y palabras clave en castellano.
- Título, resumen y palabras clave en inglés.
- Texto.
- Bibliografía (en hoja aparte).
- Leyendas de las figuras (en hoja aparte).
- Tablas (en hoja aparte).
- Figuras orientadas e identificadas.
- Tres copias completas del trabajo incluyendo figuras.
- Versión en soporte informático.

CIRUGIA PEDIATRICA

Volumen 22

Suplemento 1

Mayo 2009



Organo Oficial de la
Sociedad Española de
Cirugía Pediátrica

www.secp.org

SUMARIO (SUMMARY)

XLVIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
Sevilla, 20-23 de mayo de 2009

EDITOR ESPECIAL: Dr. Juan Carlos de Agustín Asensio



1	Comunicaciones Orales I: Digestivo
4	Comunicaciones Orales II: Experimental
7	Comunicaciones Orales III: Cirugía general
11	Comunicaciones Orales IV: Cirugía plástica
15	Comunicaciones Orales V: Cirugía neonatal
18	Comunicaciones Orales VI: Cirugía torácica
21	Presentación de videos seleccionados
24	Comunicaciones Orales VII: Urología
27	Comunicaciones Orales VIII: Urología
31	Comunicaciones Orales IX: Urología
33	Comunicaciones Orales X: Urología
35	Posters seleccionados para presentación oral
40	Comunicaciones Orales XI: Cirugía general
43	Comunicaciones Orales XII: Cirugía general
46	Comunicaciones Orales XIII: Oncología
49	Posters seleccionados para exposición
86	Videos seleccionados para exposición

In memoriam Rafael Gosálvez



Siempre en primera línea, con la voluntad de aprender y más tarde de enseñar. Macerando sus argumentos científicos para optar por una técnica u otra.

Personalmente era un hombre educado. Disfrutó de la vida hasta los últimos minutos y tuvo la suerte de tener unos hijos que eran su orgullo y especialmente uno con su mismo

ademán, su mismo tempo, su misma técnica y su mismo nombre.

Por él quise hacer cirugía pediátrica, aunque ahora nadie me asocie a la urología pediátrica, era lo que quería hacer pero delante de mí tenía dos amigos y compañeros de fatigas que estaban ya con él. Sus mejores discípulos Carmen Piró y Juan Antonio Martín Osorio.

De todas formas, todos los que hemos tenido la suerte de haberlo podido ver operar o el privilegio de compartir su vida hospitalaria, hemos aprendido mucho de él, en todos los sentidos personales y profesionales.

Gracias Rafa, por tu capacidad docente, por tu sentido común y por ser un señor.

Gracias Rafa.

*V. Martínez Ibáñez y todo el
Servicio de Cirugía Pediátrica
Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona
Febrero 2009*

COMUNICACIONES ORALES I:
DIGESTIVO

- **Quince años de anorrectoplastia sagital posterior.** V. Juliá, X. Tarrado, J. Prat, L. Saura, A. Montaner, M. Castañón, J.M. Ribó. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Agrupación Sanitaria Hospital Clínic-Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.*

Objetivo: Analizar nuestra experiencia en el tratamiento de las malformaciones anorrectales (MAR), sus modificaciones a lo largo de los años y el resultado en cuanto a continencia.

Material y métodos: Se han revisado 107 pacientes divididos en: grupo A (A=1994-2000) y grupo B (B=2001-2008). Telefónicamente se ha cuestionado la continencia a los 74 casos mayores de 3 años.

Resultados: 53 fístulas perineales (FP), 2 estenosis anales, 11 sin fístula (SF), 12 fístulas rectouretrales (RU), 22 fístulas vestibulares (FV), 1 fístula rectovesical (RV), y 6 cloacas (C). 47 pacientes tenían 73 malformaciones asociadas (18 urológicas, 15 esqueléticas y 17 polimalformados). Realizamos 45 colostomías, incluyendo 5FP y 5/6FV (A), y sólo 8/15FV (B). 12 colostomías fueron técnicamente deficientes y 5 prolapsaron (10 y 4 en A). Hubo 19 complicaciones postquirúrgicas siendo la más frecuente el prolapso de mucosa rectal 14 (12A y 2B) y 2 infecciones (A). Reintervenciones: 12 en 11 niños (10A y 2B). La continencia es buena en 62, mala en 3 (1C, 1RU, 1SF) y regular en 5 (1C, 1RV, 3FV). 7/8 malos resultados asociaban malformaciones. 2 pacientes con patología asociada grave fueron éxitos.

Conclusiones: Todas las FP se pueden intervenir sin colostomía con buenos resultados. Las FV pueden tratarse sin colostomía con seguridad en pacientes en buenas condiciones y sin malformaciones graves. La continencia globalmente es buena, y los malos resultados se pueden relacionar con un manejo deficiente en las formas anatómicas desfavorables y con malformaciones asociadas. La experiencia acumulada permite minimizar el número de colostomías y mejorar la tasa de complicaciones y reintervenciones.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **La manometría anorrectal en el diagnóstico neonatal de la enfermedad de Hirschsprung.** E. Enríquez, R. Núñez, I. Vargas, R. Ayuso, A. Torres, E. Blesa. *Hospital Materno Infantil Infanta Cristina. SES. UEX. Badajoz.*

Objetivo: El diagnóstico neonatal de la enfermedad de Hirschsprung (EH) es difícil. Se presenta la experiencia de 19 años con la manometría anorrectal (MA) en el recién nacido.

Material y métodos: Se revisan los estudios anomanométricos de 98 neonatos con sospecha de EH. Se valora edad gestacional, peso, evacuación meconial y realización o no de otros métodos diagnósticos. En la MA se estudian las presiones anorrectales en reposo, así como la presencia o no de RIA. El test se realiza mediante una sonda diseñada por nuestro equipo. En los pacientes con ausencia de RIA, el estudio se repite semanalmente hasta el final del primer mes. Si persiste la ausencia de RIA se realiza la biopsia rectal para confirmar el aganglionismo. En estos pacientes y en aquellos con cuadro de obstrucción intestinal se realiza enema de contraste.

Resultados: El 64% son hombres. La edad gestacional es de $35,59 \pm 4,59$ semanas y el peso $2518 \pm 912,91$ g. Edad al estudio: $15,08 \pm 11,33$ días. La presión (mmHg) en la ampolla rectal es $7,57 \pm 2,41$, en el canal anal alto $22,29 \pm 7,13$ y en el canal anal bajo $32,67 \pm 14,06$. Se observa reflejo inhibitorio de ano (RIA) en 65 pacientes (sanos 54, otras patologías 10, falso negativo 1). Se aprecia ausencia de RIA en 27 (EH 20, otros 5 y falsos positivos 2). Estudios no válidos: 6. La sensibilidad de la MA es de 95% y su especificidad de 97%.

Conclusiones: La MA es un método inocuo y fiable para el diagnóstico de la EH desde los primeros días de vida.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Relación entre la longitud radiológica del enema opaco y la longitud agangliónica de la pieza en la enfermedad de Hirschsprung.** R. Granero Cendón, M.J. Moya Jiménez, R. Cabrera García, I. Tuduri Limousin, J.C. De Agustín Asensio, M. López-Alonso. *Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: El objetivo de nuestro trabajo es determinar la correlación entre la longitud del segmento afecto valorado por el enema opaco y la longitud agangliónica de la pieza quirúrgica.

Material y métodos: Estudiamos todos los casos de Enfermedad de Hirschsprung diagnosticados y tratados en nuestro centro desde 1998, 127 pacientes intervenidos mediante la técnica de Soave-Boley y 51 por el descenso transanal endorrectal de De La Torre. A todos ellos se les realizó de manera rutinaria en el estudio preoperatorio un enema opaco y en todos determinamos la localización de la zona de transición y se compara con la longitud del segmento agangliónico precisada por el patólogo.

Resultados: En el 90% de los casos se aprecia zona de transición en el enema opaco, siendo su localización más común rectosigma Comparando estadísticamente la longitud demostrada por la radiología con la longitud medida en la pieza establecemos que existe un bajo índice de concordancia entre estos dos valores (kappa index 0,01059), siendo mayor cuando la zona de transición está en rectosigma y muy pobre en el caso de que el segmento afecto sea largo.

Conclusiones: El enema opaco en la Enfermedad de Hirschsprung tiene valor para decidir la mejor técnica quirúrgica en cada caso pero no para determinar la longitud exacta del segmento afecto En el caso de sospechar un segmento largo agangliónico podría ser necesario realizar biopsias preoperatorias para confirmar la longitud del segmento afecto.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Evaluación del nursing domiciliario en la enfermedad de Hirschsprung: el “Madring”.** I Tuduri, a MJ Moy, R Granero, R Cabrera, M López-Alonso, JC De Agustín. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: La enfermedad de Hirschsprung (EH) se puede manejar mediante nursing o colostomía en función del centro y la longitud del segmento. En nuestro centro, intentamos siempre el manejo conservador, enseñando a los padres a realizarlo en su domicilio. Queremos evaluar los resultados y la satisfacción parenteral con esta política.

Material y métodos: Realizamos un estudio de satisfacción por encuesta a los padres de EH analizando los datos combinados con los resultados patológicos y la evolución clínica.

Resultados: Desde 2004, se han intervenido 51 EH según De la Torre, con una longitud extirpada de $28 \pm 7,8$ cm (17-43) y una longitud de segmento agangliónico de $17 \pm 7,3$ cm (5-33). Todos los padres fueron entrenados para realizar el nursing y se controlaron ambulatoriamente antes de la intervención. Tan sólo en un paciente hubo que realizar colostomía por imposibilidad de control y hubo un caso de enterocolitis que se trató con nursing hospitalario. Los padres necesitaron 3-4 lavados como entrenamiento, sintiéndose capacitados tras ellos y resultando sencillo el nursing al final del proceso. Empleaban una media de 25 minutos y un litro de suero al día. Ningún padre hubiera preferido manejar una colostomía.

Conclusiones: Los padres logran un adecuado manejo, asumiendo un rol importante en la enfermedad. No debe reali-

zarse una enterostomía en EH sin intentar el manejo con Nursing.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Descenso transanal endorrectal modificado en la enfermedad de Hirschsprung.** J. Morcillo Azcárate, M.J. Moya Jiménez, R. Cabrera García, R. Granero Cendón, I. Tuduri Limousin, D. Aspiazú Salinas, A. Hernández-Orgaz, M. López Alonso, J.C. De Agustín-Asensio. *UGC Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: El descenso transanal endorrectal de De la Torre se está convirtiendo en la técnica de referencia para el tratamiento de la enfermedad de Hirschsprung. Presentamos nuestra experiencia con esta técnica.

Material y métodos: Analizamos el tipo de pacientes intervenidos y su evolución postoperatoria. Los datos fueron obtenidos del registro de la Unidad de Motilidad Intestinal y Estudios Funcionales Digestivos y del registro general del hospital.

Resultados: Se intervinieron 51 pacientes (2003-enero 2009); 37 niños y 14 niñas. 45 pacientes debutaron en periodo neonatal (88,2%); 5 con una enterocolitis (9,8%), 22 presentaron obstrucción intestinal baja (43,1%) y 17 vómitos (33%). El 51% mostró una clínica de estreñimiento. La manometría fue positiva en el 100% de los diagnósticos anatomopatológicos. La edad media en el momento de la intervención fue de 173,7 días (61-759) y el peso de 7.213 g (4.000-13.500). La pieza reseca media $26,4 \pm 7,5$ cm de media (12-43 cm) y el segmento agangliónico fue de $15,5 \pm 7$ cm (5-33 cm). Solo x pacientes requirieron laparotomía. Tres pacientes portaban colostomía previa a la intervención (dos desde su hospital de origen y otra por imposibilidad de nursing). Cinco casos requirieron una ostomía temporal tras el descenso. La estancia hospitalaria media fue de $12,5 \pm 6$ días (6-30). Las dilataciones comenzaron el día 9 postoperatorio y duraron $5,4 \pm 3,8$ meses (mediana 3,5). Ningún paciente presenta secuelas de gravedad actualmente.

Conclusiones: La técnica de De la Torre ha sido ligeramente modificada en nuestro Hospital, en base a nuestra experiencia previa El descenso transanal endorrectal es una técnica efectiva y con escasa morbilidad.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Descenso endoanal: un cambio en la perspectiva de la enfermedad de Hirschsprung.** J. Gómez Veiras, I. Somoza Argibay, E. Pais Piñeiro, M. García González, M. García Palacios, M.E. Molina Vázquez, A. Lema Carril, M. Gómez Tellado, T. Dargallo Carbonell, J. Ríos Tallón, D. Vela Nieto. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil Teresa Herrera. A Coruña.*

Objetivo: En 1998 De la Torre describe la técnica del descenso endoanal, que permite no tener que recurrir a la laparo-

tomía y colostomía en la mayor parte de los casos. Nuestro objetivo es revisar los procedimientos llevados a cabo en nuestro centro desde 1993 a 2008 y comparar los diferentes resultados y evolución de la enfermedad

Material y métodos: Historias clínicas de pacientes intervenidos por nuestro servicio en los últimos 15 años con diagnóstico Enfermedad de Hirschsprung. Analizamos los datos con SPSS 16.0: diagnósticos, procedimientos, complicaciones, duración de ingresos, tiempo hasta la normalización de síntomas.

Resultados: De un total de 39 historias, 26 cumplían condiciones de inclusión (15 varones y 11 hembras). 9 pacientes fueron intervenidos mediante técnica de Swenson-Pellerin (SP), 12 por técnica de De la Torre (DT) y en 5 se realizaron esfinterotomías. Encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en la t de Student para la edad al descenso: SP 18 meses y DT 2,83 meses y para el número total de procedimientos quirúrgicos SP 6,11 y DT 2,17, y también para la diferencia en meses hasta referir la normalidad de las deposiciones SP 60 DT 4. En el 50% de los de La Torre ésta fue la primera intervención.

Conclusiones: La técnica del descenso endoanal de De la Torre, permite solucionar el aganglionismo de la enfermedad de Hirschsprung en un número menor de intervenciones, precisan menos tiempo para normalizar sus deposiciones y reingresan menos por complicaciones que los pacientes operados por la técnica de Swenson Pellerin.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **¿Es útil el biofeedback en el seguimiento de malformaciones anorrectales?** N. Brun, J.M. Gil-Vernet, B. Sánchez, M.C. Rosat. *Hospital Vall D'Hebron. Barcelona.*

Objetivo: Una vez reparada la malformación anorrectal, debemos aplicar unas pautas de seguimiento y tratamiento, hasta obtener una situación de continencia o incontinencia controlada. El objetivo del estudio es conocer si biofeedback (BFB) puede ser útil cómo enseñanza de expulsión fecal y de contracción voluntaria del cierre anal para mejorar la continencia.

Material y métodos: Hemos aplicado el BFB a 16 pacientes; 6 pacientes presentaban formas perineales, 7 eran fístulas vestibulares o a uretra bulbar y 3 pacientes malformación anorrectal con fístula a uretra prostática. 12 pacientes presentaban retención fecal y 4 manchado. Se aplicó BFB de expulsión en 11 pacientes, de contracción voluntaria y cierre del canal anal en 4, y de expulsión más cierre en un paciente. La edad de aplicación fue entre los 4 y 13 años con una media de 7 años. Promedio de 7 sesiones.

Resultados: Entendiendo como respuesta correcta conseguir expulsión completa sin presentar retención fecal y contracción voluntaria de valor presivo aumentado obteniendo continencia, fueron los resultados correctos en 11 pacientes y en 5 no se obtuvo variación.

Conclusiones: BFB no sustituye las normas de seguimiento y tratamiento del paciente intervenido de malformación

anorrectal, sino un elemento más a añadir al cuidado del mismo. Añadir técnica BFB nos ha permitido en 11 de 16 pacientes llegar a una adquisición de continencia más temprana y al aprendizaje de expulsión completa por voluntad propia. Ha sido muy útil para concienciar al paciente y a sus familiares de sus posibilidades y del cuidado higiénico personal, reforzando su autoestima, y aceptación social.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Malformaciones digestivas y su asociación a patología sindrómica y defectos genéticos.** E. Enríquez, E. Blesa, R. Ayuso, E. Galán. *Hospital Materno Infantil Infanta Cristina. SES. UEX. Grupo de Investigación en Pediatría (PAIDOS) (CTS 019). Badajoz.*

Objetivo: La incidencia de patología sindrómica y defectos genéticos en pacientes con malformaciones es muy superior a la de la población general. Revisamos nuestra experiencia en neonatos con malformaciones digestivas con la finalidad de conocer la incidencia de defectos genéticos y presentación sindrómica, a efectos de realizar su valoración y tratamiento más completos y eficaces.

Material y métodos: Se revisan las historias clínicas de 161 pacientes atendidos por presentar una o más malformaciones digestivas. Se valora el tipo de malformación (aislada o sindrómica), su asociación a complejos polimalformativos reconocidos, la realización o no de estudio genético y sus resultados.

Resultados: El diagnóstico principal de mayor a menor incidencia es malrotación intestinal (19,5%), enfermedad de Hirschsprung (15,5%), divertículo de Meckel (14,9%), atresia de esófago (13,8%), malformación anorrectal (12,7%), atresia duodenal (6,4%), atresia de intestino delgado (5,2%), poliposis colónica (1,7%), otros (10,3%). En el 36,5% la malformación no es aislada. Se presentan como síndrome el 14,5%, secuencia 13,2%, defecto de campo 7,9% y asociación 30,3%. Se realiza estudio genético al 31%, detectándose defecto genético en el 38,8% de los estudios (12,3% de los 161 pacientes). El síndrome de Down (n=8) y las alteraciones del cromosoma 22 (n=5) son los más frecuentes.

Conclusiones: De nuestro estudio destacamos: Incidencia de malformaciones similar a la referida en la bibliografía. Lo son igualmente sus presentaciones sindrómicas. Los defectos genéticos han incidido especialmente en los pacientes con atresia de esófago. El conocimiento preoperatorio de algunas formas sindrómicas y defectos genéticos ha sido de especial interés para el manejo más adecuado de esos pacientes.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Poliposis adenomatosa familiar: seguimiento de las manifestaciones extracolónicas.** R. Ayuso Velasco, E.M. Enríquez Zarabozo, R. Cabrera García, C. Moreno Hurtado, M.J. Moya Jiménez, R. Núñez Núñez, J.I. Santamaría Ossorio. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Uni-*

versitario Materno Infantil. Badajoz. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivo: La colectomía total es el único tratamiento eficaz para prevenir el cáncer de colon en pacientes con Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF). El objetivo es exponer nuestra experiencia con 4 niños colectomizados por PAF con especial atención al seguimiento a largo plazo para la detección de manifestaciones extracolónicas.

Material y métodos: Revisamos la historia de 4 pacientes entre 10 y 16 años, con antecedentes familiares de PAF. Se realiza: estudio genético, colonoscopia, enema de doble contraste, esófago-gastro-duodenoscopia, ecografías abdominal y tiroidea, fondo de ojo, y marcadores tumorales. Se les practica colectomía total con mucosectomía anorrectal y anastomosis ileoanal con reservorio ileal en "J". Durante el seguimiento se controlan periódicamente con técnicas de imagen (incluida la videocápsula en uno) y endoscopia. También se valoran la continencia fecal, alimentación y el desarrollo pondero-estatural.

Resultados: Todos presentan múltiples pólipos en colon, la mutación del gen APC y en tres se observa Hipertrofia del Epitelio Pigmentario Retiniano. En el postoperatorio inmediato se producen abundantes deposiciones diarreicas, uno presenta un episodio de "pouchitis", otro desnutrición moderada y otro sufre una hemorragia intraperitoneal que se resuelve con una transfusión. Continencia fecal conservada en todos. Durante el seguimiento se aprecia pérdida de peso considerable en dos. En dos pacientes se descubren pólipos duodenales con la endoscopia y en uno, con videocápsula.

Conclusiones: Tras la colectomía, existe la posibilidad de desarrollar otro tipo de enfermedades malignas, en especial, cáncer tiroideo y periampular. Por ello es muy importante realizar un cuidadoso seguimiento de estos pacientes con controles anuales mediante gastroduodenoscopia y ecografías tiroidea y abdominal.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Micromanometría por catéteres de extrusión.** M.J. Moya, R. Granero, S. Giráldez, J.A. Cabo, R. Cabrera, J.C. de Agustín, M. López Alonso. *Unidad de Motilidad Intestinal. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: La manometría esofágica convencional no es útil para pacientes prematuros y neonatos a término. La micromanometría por catéteres de extrusión, disminuye el volumen de infusión y aumenta el confort. Nuestro objetivo es determinar las características micromanométricas del EEI, validando la técnica de acuerdo con los resultados.

Material y métodos: Población: Neonatos y lactantes con sospecha de reflujo gastroesofágico. Instrumentación: Micromanometría con catéter de silicona de 5-lumen y 10-lumen con un diámetro externo de 10 mm e interno de 0,35 mm, con un manguito sensor de 25 mm de longitud y rango de infusión entre 0,01- 0,1 ml.

Resultados: Hemos realizado la técnica en 35 neonatos y lactantes (Peso medio 3.969 gramos), durante 2 horas de ayuno. La amplitud de onda en esófago proximal fue muy similar al distal, siendo la duración superior en el distal que en el proximal. La velocidad de propagación es menor en las degluciones secas. La presión media de reposo fue de 8,05 mmHg para las degluciones húmedas (DH) y 13,95 mmHg para las secas (DS). El% de relajación del EEI fue de 82,31% para las DH y de 76,97% DS. Las relajaciones transitorias del esfínter (RTEEI) ocurrieron $14 \pm 2,1$ veces por estudio.

Conclusiones: La micromanometría por catéteres de extrusión es la técnica de elección para el estudio de la motilidad esofágica en neonatos y lactantes. Nuestros datos apoyan la hipótesis de que son las RTEEI las principales responsables del reflujo gastroesofágico. En éstos pacientes predomina el patrón peristáltico y el mecanismo del esfínter parece bien desarrollado.

Forma de presentación: Oral 3 min.

COMUNICACIONES ORALES II: EXPERIMENTAL

- **El péptido trefoil TFF3 previene la lesión por isquemia-reperusión en un modelo de enterocolitis necrotizante mediante un aumento en la expresión de VEGF.** R. Carrasco, J. Lerena, N. Pérez, S. Alonso, M. Pera. *Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona Unidad de Cirugía Colorrectal, Servicio de Cirugía General, Hospital del Mar, Barcelona.*

Objetivo: El péptido trefoil TFF3 tiene un efecto protector y reparador en un modelo experimental de enterocolitis necrotizante (ECN). Se ha sugerido que no sólo estimula la restitución epitelial sino también la angiogénesis. El objetivo era evaluar si el efecto de TFF3 está mediado por un aumento en la expresión del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF).

Material y métodos: Se han utilizado ratas Sprague-Dawley de 15 días: grupo 1 (ECN), grupo 2 (ECN-TFF3 profiláctico) y grupo 3 (ECN-TFF3 terapéutico). La ECN fue inducida mediante oclusión de los vasos mesentéricos superiores durante 45 minutos. Se administró una dosis subcutánea (3 µg/g) de TFF3 30 minutos antes de la isquemia (grupo 2) y 60 minutos después de la reperusión (grupo 3). Se calculó la altura media (AMV) y el grosor medio (GMV) de las vellosidades en el íleon 3 horas tras la reperusión. Se determinó la concentración de VEGF en suero.

Resultados: La AMV (grupo 1: 23 ± 12 vs. grupo 2: 46 ± 6 vs. grupo 3: 40 ± 6 µm; $p=0,001$) y el GMV (grupo 1: 9 ± 3 vs. grupo 2: 11 ± 2 vs. grupo 3: 12 ± 2 µm; $p=0,02$) fueron mayores en los dos grupos de TFF3. Los niveles de VEGF fueron mayores en el grupo de TFF3 profiláctico (grupo 1: 42 ± 36 vs. grupo 2: 288 ± 318 vs. grupo 3: 108 ± 150 pg/ml; $p < 0,05$).

Conclusiones: TFF3 previene el desarrollo y promueve la curación de la lesión por isquemia-reperusión en un modelo de ECN. Este efecto puede estar mediado, en parte, por un aumento en la expresión de VEGF.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Estudio del efecto protector de la eritropoyetina en un modelo experimental de enterocolitis necrotizante.** J. Lerena, R. Carrasco, N. Pérez, S. Alonso, M. Pera. *Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona Unidad de Cirugía Colorrectal, Servicio de Cirugía General, Hospital del Mar, Barcelona.*

Objetivo: La eritropoyetina (EPO) tiene un efecto protector sobre las lesiones por isquemia-reperusión en el cerebro y corazón. Se ha sugerido que este efecto podría estar mediado por un aumento en la expresión del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF). Nuestro objetivo evaluar el efecto protector de la EPO en un modelo de enterocolitis necrotizante (ECN)

Material y métodos: Se han utilizado ratas Sprague-Dawley de 15 días: grupo 1 (ECN), grupo 2 (ECN con EPO humana) y grupo 3 (ECN con EPO de rata). La ECN fue inducida mediante oclusión de los vasos mesentéricos superiores durante 45 minutos. Se administró EPO subcutánea (500 U/kg/día) durante 6 días antes de la isquemia. Se calculó la altura media (AMV) y el grosor medio (GMV) de las vellosidades en el íleon 3 horas tras la reperusión. Se determinó la concentración de VEGF en suero.

Resultados: La AMV fue significativamente mayor en los dos grupos de EPO (grupo 1: 23 ± 12 vs. grupo 2: 38 ± 10 vs. grupo 3: 39 ± 15 μm ; $p=0,003$). El GMV también fue mayor aunque la diferencia no alcanzó la significación estadística (grupo 1: 8 ± 2 vs. grupo 2: 10 ± 1 vs. grupo 3: 10 ± 2 μm ; $p=0,09$). Los niveles de VEGF en suero fueron mayores en el grupo de EPO humana (grupo 1: 42 ± 36 vs. grupo 2: 390 ± 430 vs. grupo 3: 55 ± 110 pg/ml ; $p < 0,05$).

Conclusiones: La EPO protege frente a las lesiones por isquemia-reperusión en un modelo de ECN. Este efecto puede estar mediado, en parte, por un aumento en la expresión de VEGF.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Modelo de ECMO con bomba centrífuga en cerdo neonatal sometido a fallo respiratorio agudo.** M. Díaz, L. Martínez, P. Sanabria, M.A. Villar, A. Buño, J.A. Tovar. *Hospital Infantil La Paz, Madrid.*

Objetivo: Demostrar que el ECMO veno-arterial mantenido 4 horas corrige los trastornos provocados por la insuficiencia respiratoria aguda en el cerdo neonatal.

Material y métodos: Se emplearon 29 cerdos, de pesos comprendidos entre 4-5 kg distribuidos como sigue: Grupo 1 (Control) 6 casos: disección de cuello, y monitorización inva-

siva. Grupo 2 (16 casos): monitorización invasiva + ECMO. Grupo 3 (6 casos): monitorización invasiva y lavado endotraqueal (insuficiencia respiratoria) + ECMO. Se recogieron datos de: parámetros hemodinámicos, respiratorios, oximetría cerebral, hepática, esplácnica y somática, gasometría, ionograma y hematocrito; siempre después de la monitorización, tras el lavado bronquial, y tras entrar en bomba.

Resultados: Todos los sujetos se mantuvieron estables a lo largo del proceso, (presión arterial, frecuencia cardíaca y presión venosa central). El hematocrito descendió significativamente en los grupos 2 y 3. Se consiguió insuficiencia respiratoria en el grupo 3 objetivada por la caída de la compliance, el V tidal fue constante, necesitando un aumento de FiO_2 en dicho grupo. La PCO_2 arterial descendió en el grupo 2, y aumentó tras el lavado bronquial en el grupo 3. La oximetría cerebral se mantuvo comparable al grupo control excepto en el grupo 3, recuperándose al entrar en ECMO. Lo mismo ocurrió con la oximetría hepática, intestinal y PO_2 .

Conclusiones: La insuficiencia respiratoria inducida por lavado bronquial en el cerdo recién nacido, provoca cambios hemodinámicos, viscerales y metabólicos, que son corregidos por el ECMO veno-arterial, y se mantienen durante al menos 4 h, sin necesidad de drogas vasoactivas.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Oclusión traqueal en un modelo experimental de hernia diafragmática: estudio de los efectos sobre el desarrollo y perfusión pulmonar.** L. Krauel, A. Albert, J. Prat, R. Cruz*, X. Tarrado, M. Castañón, J.M. Ribó. *Servicio de Cirugía Pediátrica, *Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Sant Joan de Déu-Clínic, Universitat de Barcelona, Barcelona.*

Objetivo: Evaluar los efectos de la oclusión traqueal (OT) intrauterina sobre el desarrollo y la perfusión pulmonar en un modelo experimental con conejas de hernia diafragmática congénita (HDC).

Material y métodos: Proyecto aprobado por el comité de ética. En el día 23 de gestación se creó quirúrgicamente una HD izquierda. En el día 28 se procedió a la realización de una OT de forma aleatoria en el 50% de los fetos supervivientes. Durante la realización de cesárea electiva en el día 30 de gestación se obtuvieron datos hemodinámicos de la perfusión pulmonar mediante ecografía (Índice de pulsatilidad (IP) de la arteria pulmonar, fracción sanguínea en movimiento, pico de velocidad sistólica y pico precoz de flujo inverso diastólico) en los grupos: control, HD y OT. Tras respiración espontánea se procedió al pesaje de los fetos y sacrificio para obtención del peso de los pulmones y estudio morfométrico.

Resultados: Los fetos con HDC presentaron un IP mayor con una fracción sanguínea en movimiento menor que los controles estadísticamente significativos. Los fetos a los que se le practicó OT, el IP fue menor y la fracción sanguínea en movimiento mayor que los fetos con HDC. La perfusión pulmonar

presento un índice de correlación negativo. El peso pulmonar de los fetos con HDC fue menor que los controles.

Conclusiones: Las diferencias de peso pulmonares entre los grupos y la reproducibilidad de la técnica hacen de este procedimiento buen modelo para el estudio de la HDC. La OT en fetos con HDC incrementa la perfusión pulmonar y disminuye la impedancia intrapulmonar.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Estudios sobre inervación y motilidad broncopulmonares en explantes hipoplásicos de rata.** F. Pederiva, R. Aras López, L. Martínez, J.A. Tovar. *Cirugía Pediátrica y Laboratorio de Malformaciones Congénitas. Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Objetivo: La peristalsis bronquial, que regula el crecimiento pulmonar, está alterada en los explantes pulmonares de rata expuesta al nitrofen. El ácido retinoico (AR) corrige la hipoplasia pulmonar. Ponemos a prueba las hipótesis de que alteraciones de la inervación bronquial puedan justificar la disminuida motilidad y que el AR mejore tanto la inervación como la motilidad.

Material y métodos: Ratas preñadas recibieron nitrofen (100 mg) o excipiente intragástrico el día 9,5 de gestación. Se extrajeron los bloques traqueopulmonares en el día 13 y se cultivaron durante 72 horas, añadiendo diariamente AR o excipiente al medio de cultivo. Se contaron los brotes terminales y se midieron la superficie, cantidad de ADN y proteínas en 15 explantes de cada grupo (control, nitrofen, nitrofen+AR). Se registró la frecuencia de las contracciones bajo microscopio invertido durante 10 minutos. Bajo microscopio confocal se analizó la inervación en explantes teñidos con anticuerpos anti-protein gene product 9,5 (PGP9,5) y anti- α ; actina. Las comparaciones entre los grupos se realizaron con tests no paramétricos.

Resultados: El número de brotes, la superficie, el contenido de ADN y proteínas y las contracciones por minuto resultaron significativamente menores en los pulmones expuestos al nitrofen que en los controles. Todos los parámetros volvieron a normalidad añadiendo el AR. La inervación bronquial resultó menos densa en los explantes expuestos al nitrofen sin cambios tras añadir el AR.

Conclusiones: El AR mejora el crecimiento y la motilidad de los explantes expuestos al nitrofen, sin mejorar la inervación. Estos hallazgos permiten suponer que el AR podría tener una aplicación profiláctica prenatal.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Identificación de marcadores genéticos y epigenéticos en la diferenciación y la regresión neuroblástica.** M.S. Alaminos, E. Liceras, C. Marañés, F. Martín, R. Fernández, M. Alaminos. *Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Departamento de Histología. Facultad de Medicina de Granada.*

Objetivo: El neuroblastoma es el tumor sólido maligno más frecuente en la infancia. El pronóstico suele ser muy desfavorable. Existe un porcentaje de pacientes en los que el tumor, puede diferenciarse y regresar espontáneamente, especialmente en estadios "4S", se desconoce el papel que el sistema inmunitario podría jugar en este fenómeno.

Material y métodos: Llevamos a cabo un estudio de expresión génica en pacientes con neuroblastoma para identificar genes relacionados con el sistema inmunitario cuya expresión se asocia a estadios desfavorables del tumor. Analizamos 108 tumores neuroblásticos humanos en todos los estadios, incluyendo neuroblastomas y ganglioneuromas. Para el análisis de expresión génica usamos microarrays de oligonucleótidos, analizándose los genes más importantes del sistema inmunitario.

Resultados: El análisis de expresión génica demostró mayor expresión de los genes del complejo mayor de histocompatibilidad (HLA) clase I y II en los tumores neuroblásticos con tendencia a la regresión espontánea en comparación con tumores más agresivos. Igualmente, numerosos genes que codifican marcadores de linfocitos B y T, natural killer, macrófagos, etc, así como para citocinas y receptores de interferones, se encontraron sobreexpresados en los tumores de menor agresividad. Finalmente, ciertas interleucinas se encontraron sobreexpresadas en los tumores más agresivos, mientras que otras se expresaron preferentemente en los tumores con tendencia a regresar.

Conclusiones: Los tumores más agresivos podrían escapar al sistema inmunitario silenciando la expresión de marcadores HLA de superficie, y los tumores de mejor pronóstico expresarían estos marcadores, favoreciendo la infiltración tumoral por células del sistema inmunitario y la reacción inflamatoria subsecuente, que desembocaría en la regresión tumoral espontánea.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Adaptación en el intestino corto: efecto de la nutrición enteral mínima y los probióticos sobre la proliferación y la apoptosis en la pared intestinal.** I. Eizaguirre, P. Aldazabal¹, N. García Urkia¹, A.B. Asensio¹, E. Hijona¹, J.M. García Arenzana², P. Bachiller³. *Servicio de Cirugía Pediátrica, ¹Unidad Experimental, ²Microbiología, ³Farmacia. Hospital Donostia. San Sebastián.*

Objetivo: La integridad de la pared intestinal es fundamental en la función de barrera y depende del balance proliferación/apoptosis. El intestino corto (IC) o la nutrición parenteral (NP) inducen un alto índice de traslocación bacteriana (TB) seguramente por fallo en la barrera intestinal. La administración de probióticos, o la nutrición enteral mínima (NEM) han reducido la TB en modelos animales Hemos querido determinar en 2 modelos animales de TB (IC o NP) el efecto de la NEM y los probióticos sobre los índices de proliferación (IP) y apoptosis (IA) de la pared intestinal.

Material y métodos: 71 ratas Wistar, en 4 grupos: 1) NP (N= 23): Nutrición parenteral; 2) NP/NEM (N=16): NP+ NEM (2,5 g/100 g/día dieta estándar); 3) RES (N=15): Resección intestinal 80% y dieta oral estándar; 4) RESPROB (N=17): Resección 80% y dieta oral + probióticos (*Bifidobacterium lactis*). Tras 10 días en jaulas metabólicas, se cultivaron ganglios mesentéricos, sangre portal y periférica. Por técnica inmunohistoquímica se calcularon IP y IA y el cociente proliferación-apoptosis (CPA)

Resultados: TB: Disminuyó en los grupos NP/NEM (45%) y RESPROB (35%) frente a NP (65%) y RES (67%). IP: Mejora en los grupos NP/NEM (12,07) y RESPROB (13,93) frente a NP (7,45) y RES (5,54). IA: Mejora en el grupo NP/NEM (7,81) respecto al NP (14,90). CPA: Mejora en los grupos NP/NEM (1,54) y RESPROB (1,67) frente a NP (0,50) y RES (0,71)

Conclusiones: La NEM y los probióticos reducen la TB y mejoran la renovación celular aumentando la proliferación. La NEM, además, evita la apoptosis.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **El modelo de mielomeningocele en oveja presenta alteraciones cerebrales semejantes a las del humano y éstas pueden ser evitadas mediante cirugía fetal abierta.** J.L. Encinas, J.L. Peiró, C. Soto, M.Á. García-Cabezas, L.F. Ávila, F. Pederiva, F. Carceller, D. Aguado, L. Burgos, C. G. Fontecha, M. López Santamaría, J.A. Tovar. *Hospital La Paz. Madrid.*

Objetivo: Describir malformaciones cerebrales en el modelo de mielomeningocele (MMC) en oveja que pudieran asociarse a las alteraciones cognitivas observadas en humanos y determinar si algún tipo de abordaje prenatal es capaz de prevenir las.

Material y métodos: Creamos un MMC fetal en 30 ovejas preñadas entre los días 60 y 80. En 15 casos el defecto no fue corregido (grupo A), en 10 fue corregido mediante cirugía fetal abierta (grupo B) y en 5 mediante cobertura fetoscópica con pegamento biológico (grupo C). Los cráneos y cerebros fueron examinados externamente y en cortes coronales. Buscamos hidrocefalia, alteraciones en la migración neuronal y malformación de Arnold-Chiari tipo II (AC-II) mediante H&E, Masson y el marcador neural S-100. Cinco corderos sanos sirvieron de control.

Resultados: Siete animales en el grupo A (46%), 5 en el grupo B (50%) y 2 en el C (40%) nacieron a término mediante cesárea. Los del grupo A presentaron alteraciones en la migración neuronal, hidrocefalia y AC-II, no observadas en el grupo B o en los controles. Los cerebros del grupo C no presentaron hidrocefalia ni alteraciones en la migración pero sí dilatación del cuarto ventrículo y un grado menor de herniación cerebelosa. En este grupo las raíces nerviosas del defecto se encontraban cubiertas por una capa continua de material fibroso.

Conclusiones: El modelo de MMC en oveja presenta alteraciones en el desarrollo cerebral que podrían corresponderse

con algunas de las alteraciones cognitivas de la enfermedad humana. La cobertura abierta puede evitarlas completamente y la fetoscópica con pegamento parcialmente.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Influencia del tipo de cobertura prenatal del mielomeningocele sobre el desarrollo vesical en la oveja.** J.L. Encinas, M. Germani, C. Soto, J.L. Peiró, M.Á. García-Cabezas, A. Luis, L.F. Ávila, F. Pederiva, F. Carceller, L. Burgos, M. López Santamaría, J.A. Tovar. *Hospital La Paz. Madrid.*

Objetivo: Describir si el modelo de mielomeningocele (MMC) en oveja presenta alteraciones en el desarrollo vesical semejantes a las del humano y si la cobertura prenatal del defecto puede prevenir las.

Material y métodos: Creamos un MMC fetal en quince ovejas preñadas entre los días 60 y 80 de gestación. Diez casos no fueron corregidos (grupo A), 5 fueron corregidos mediante cirugía fetal abierta (grupo B) y 5 mediante aplicación fetoscópica percutánea de un pegamento biológico (grupo C). Los corderos fueron observados y sus vejigas estudiadas mediante H&E y Masson. Cinco corderos sanos sirvieron como controles.

Resultados: Cinco animales en el grupo A (50%), 2 en el grupo B (40%) y 3 en el C (60%) nacieron a término mediante cesárea. Las vejigas de los animales control eran normales. En el grupo A los animales eran incontinentes y sus vejigas finas. Microscópicamente presentaban fibrosis submucosa y un marcado adelgazamiento muscular y urotelial. Los corderos del grupo B y C eran continentes y macroscópicamente sus vejigas normales. Microscópicamente las vejigas del grupo C presentaban un ligero adelgazamiento muscular y urotelial manteniendo su estructura histológica conservada, mientras que las del grupo B no presentaban alteración histológica alguna.

Conclusiones: El modelo de MMC en oveja presenta malformaciones vesicales semejantes a las del humano; la cirugía fetal abierta puede prevenir las completamente y la fetoscópica con pegamento parcialmente.

Forma de presentación: Oral 3 min.

COMUNICACIONES ORALES III: CIRUGÍA GENERAL

- **Relación del índice de trauma pediátrico con la gravedad de las lesiones en pacientes politraumatizados pediátricos.** A. Urbistondo, A. Moreno, C. Barceló, C. Marhuenda, G. Guillén, P. Domínguez*, S. Cañadas*, J. Lloret, V. Martínez Ibáñez. *Servicio de Cirugía Pediátrica, *Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario Infantil Vall d'Hebrón. Barcelona.*

Objetivo: El índice de trauma pediátrico (ITP) es un índice pronóstico pediátrico utilizado en nuestro entorno para valorar la gravedad del paciente traumático. El objetivo es valorar el grado de fiabilidad del ITP respecto a la gravedad de las lesiones y otros índices de trauma.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de 93 traumatismos con ingreso en UCI-P durante 2 años recogiendo datos relativos al tipo de lesión, tratamiento y morbi-mortalidad. Se utilizan 2 índices de trauma (ITP, ISS) para calcular la gravedad del trauma. Se realiza análisis descriptivo mediante proporciones (variables cualitativas) y mediana (cuantitativas). Se relaciona el ITP (grave (≤ 8)) con variables cualitativas mediante el Riesgo Relativo

Resultados: La lesión más frecuente fue neurológica (34,4%). El 47,4% precisó intervención quirúrgica, el 47,3% presentó secuelas y no hubo mortalidad intrahospitalaria. El ITP clasificó como graves un 59,1%, mientras que el ISS un 54,8%, sin que hayamos encontrado correlación entre ambos ya que coinciden solamente en un 52,7%. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el ITP y el tratamiento administrado, con un Riesgo Relativo de 1,5 de mayor probabilidad de ser intervenido en pacientes con ITP grave. No se hallaron diferencias en relación a la mortalidad ni a las secuelas respecto al ITP.

Conclusiones: En nuestra serie, según el ITP, los pacientes con ingreso en UCI-P están graves en un 59,1%. El ITP y el ISS no valoran de igual modo la gravedad del traumatismo. Un ITP grave se correlaciona con mayor probabilidad de precisar tratamiento quirúrgico por lo que deben remitirse a centros de referencia.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Nuestra experiencia en el paciente politraumatizado pediátrico con criterios de ingreso en UCI.** E. Calleja Aguayo, R. Delgado Alvira, J. Elías Pollina, A. Sainz Samitier, A. González Esgueda, J.A. Esteban Ibarz. *Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Infantil Miguel Servet de Zaragoza.*

Objetivo: Presentar nuestra experiencia en el politraumatizado grave. El traumatismo en la infancia es la primera causa de mortalidad a partir de los 2 años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 78 pacientes pediátricos ingresados en UCI por politraumatismo entre 2000 y 2008 recogiendo edad, sexo, época del año, lugar, mecanismo, Glasgow e ITP (Índice Trauma Pediátrico), tipo de lesiones, complicaciones, días de ingreso y fallecimientos. Se ha realizado estudio descriptivo y analítico utilizando el SPSS 15.0 aplicando Chi cuadrado y Correlación de Pearson.

Resultados: La edad media de los pacientes es de 8,5 \pm 4,2 siendo el 70% varones. Ocurren más accidentes en verano (37%), el lugar más frecuente es la carretera (47%) y el mecanismo el accidente de tráfico (45%). Ha habido un 15% de éxitos (75% en las primeras 24 horas). Existe relación

entre trauma abdominal y tipo de mecanismo ($p < 0,05$), el más frecuente el accidente de tráfico seguido del golpe directo. Tanto el ITP como el Glasgow están relacionados con la mortalidad y complicaciones significativamente y con los días de ingreso en UCI existe una asociación negativa débil ($p < 0,05$).

Conclusiones: La mortalidad es superior a otras series revisadas pero hay que tener en cuenta que en éstas se incluyen traumatismos no graves. La precipitación fue el mecanismo que menos ingresos provocó en UCI a pesar de ser la consulta más frecuente en las urgencias pediátricas. Tanto el ITP y Glasgow son buenos indicadores de gravedad ya que a medida que disminuye su valor aumentan los días de ingreso en UCI y la mortalidad.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **¿Es útil la inmovilización prolongada con control radiológico precoz para la recuperación de los traumatismos hepáticos y esplénicos infantiles?** M. Curbelo, C. Barceló, C. Marhuenda, G. Guillén, J. Lloret, V. Martínez-Ibáñez. *Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivo: Establecer un protocolo de actuación para la movilización precoz y la realización de controles radiológicos en base a los resultados obtenidos de la revisión de traumatismos esplénicos y hepáticos cerrados.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de traumatismos hepáticos y esplénicos cerrados desde enero 2006-diciembre 2008. Análisis mediante SPSS de grado de lesión, necesidad de intervención quirúrgica (precoz/tardía), estancia hospitalaria, inicio deambulacion, antibioterapia y seguimiento radiológico.

Resultados: En los 50 pacientes se han presentado 26 lesiones hepáticas (grados I-II: 20 y grados III-IV-V: 6) y 27 esplénicas (grados I-II: 15 y grados III-IV: 12). Mediana de edad: 10 años. 5 casos requirieron intervención quirúrgica urgente. La estancia media hospitalaria es 10,73 días. En el 84% administramos antibioterapia con mediana de 6,70 días. El 50% de pacientes con lesiones de bajo grado inicia la movilización a los 7 días mientras que el 50% de las de alto grado a los 8. En el 73% se realiza control ecográfico en la 1ª semana y el 70,4% presentaba mejoría o ausencia de cambios respecto al inicial. Ningún caso tratado de forma conservadora presentó rotura tardía ni intervención diferida independientemente del día de inicio de la deambulacion.

Conclusiones: Predominan las lesiones hepáticas y esplénicas de bajo grado. El inicio de deambulacion ha sido tardío en comparación con las nuevas guías clínicas en que en el 80% de los casos se inicia antes del tercer día. Por otra parte, no creemos necesario la realización de controles ecográficos precoces ya que en la mayoría de casos no empeoraron las lesiones ya establecidas.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Epidemiología del paciente traumático con ingreso en UCI-P en un centro de trauma pediátrico.** A. Urbistondo, A. Moreno, C. Barceló, C. Marhuenda, G. Guillén, P. Domínguez*, S. Cañadas*, J. Lloret, V. Martínez Ibáñez. *Servicio de Cirugía Pediátrica. *Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario Infantil Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivo: Las lesiones derivadas de un traumatismo son la primera causa de muerte entre el año y los 18 años de vida en los países industrializados. Nuestro objetivo es hacer una descripción epidemiológica del paciente politraumático tributario de UCI en un centro de trauma infantil.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de 93 traumatismos infantiles con ingreso en la UCI-P durante los años 2007-2008. Se recogieron datos relativos a la epidemiología, mecanismo lesional, tipo de lesión y atención primaria recibida entre otros.

Resultados: El trauma infantil es más frecuente en niños (58%) con edad media de 6 años. Un 48% ocurrió en domicilio y un 17% en accidentes de tráfico. Los mecanismos lesionales más frecuentes fueron las quemaduras (31%), con una superficie corporal total quemada media de 13%, y caída-precipitación (29%). Las lesiones neurológicas fueron las más frecuentes (34,4%) seguidas de las lesiones térmicas (32,3%). El ITP (Índice de Trauma Pediátrico) medio de los pacientes fue de 7,31 con estancia media de 3,58 días en UCI. El 69% fueron traslados secundarios. Un 37% fueron trasladados incorrectamente inmovilizados. El 80% accedió a nuestro centro mediante transporte medicalizado (28% intubados). El 47,4% precisó intervención quirúrgica. El 47,3% presentó secuelas y no hubo mortalidad intrahospitalaria.

Conclusiones: En nuestra serie, los accidentes domésticos son la primera causa de politraumatismo grave. Esto remarca la necesidad de instaurar proyectos de educación familiar/doméstica. A pesar de ITPs bajos y tratamiento quirúrgico frecuente, la mortalidad fue del 0% mostrando así la importancia de la implicación del cirujano en la atención multidisciplinar del paciente traumático.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Traumatismos arteriales periféricos por yatrogenia en la edad pediátrica.** M. Miguel, J.C. López Gutiérrez, J.L. Encinas, C.A. de la Torre, M. Ramírez, S. Barrena, R. Aguilar, M. Díaz, C. Soto, Z. Ros, J.A. Tovar. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivo: La yatrogenia es la principal causa de lesiones arteriales periféricas en niños. Nuestro objetivo es identificar los principales factores de riesgo, los tipos de lesión, las opciones terapéuticas y el papel del cirujano pediátrico.

Material y métodos: Revisamos las historias clínicas de pacientes atendidos en 15 años en nuestro Centro con lesión arterial periférica yatrogénica.

Resultados: Se atendieron 21 pacientes. En 19 casos, el origen de la lesión fue la punción del vaso de forma deliberada (implantación de catéter) o accidental (extracción analítica). En 1 caso se debió a un traumatismo obstétrico (fractura de clavícula) y otro a un síndrome de bridas amnióticas. 20 de los pacientes eran menores de un año; cuatro de ellos prematuros menores de 1.500 g. Nueve de los pacientes desarrollaron fístulas arteriovenosas en la zona lesionada, nueve pseudoaneurismas, dos trombosis irreversible de arteria subclavia y uno trombosis de la arteria humeral. Las nueve fístulas arteriovenosas fueron ligadas manteniendo la continuidad arterial. Siete pseudoaneurismas fueron resecaados quirúrgicamente reconstruyendo la arteria, dos se resolvieron por vía endovascular. En los pacientes con trombosis de arteria subclavia se reestableció la circulación de forma espontánea por vasos colaterales. El paciente con trombosis humeral precisó sustitución con injerto venoso autólogo.

Conclusiones: El origen de los traumatismos arteriales periféricos en la infancia se debe fundamentalmente a la yatrogenia. El principal grupo de riesgo son los lactantes. Respecto al tratamiento, la mayoría de los pacientes precisarán abordaje quirúrgico, por lo que el cirujano pediátrico debe estar familiarizado con ese tipo de lesiones y su tratamiento.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Hernia diafragmática traumática (HDT): necesidad vital de un diagnóstico precoz.** C.A. De La Torre, M. Miguel, J. Vázquez, M. Ramírez, J.M. Mariño, L. Lassalletta, J.A. Tovar. *Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Objetivo: La HDT es excepcional en niños. Su diagnóstico suele ser tardío por presentarse en el contexto del politraumatismo grave. El objetivo es analizar nuestra serie en relación con índices de severidad.

Material y métodos: Presentamos cinco pacientes con HDT. Estudiamos: edad, biomecánica, clínica, ISS ("injury severity score"), ITP ("índice de trauma pediátrico"), GCS ("Glasgow coma scale"), RTS ("revised trauma score") y tratamiento. La probabilidad de supervivencia (Ps) la calculamos con el método TRISS, $Ps = 1 / (1 + e^{-b})$, $b = b_0 + b_1 (RTS) + b_2 (ISS) + b_3 (edad)$

Resultados: Dos eran varones y tres mujeres; la edad media: seis años (rango= 3-10); la biomecánica: traumatismo toracoabdominal por atropello en un 80% y en un caso aplastamiento; el lado afecto: derecho en dos casos e izquierdo en tres; el ISS medio 41 (rango=32-57), ITP medio 6 (rango=2-9) y RTS medio 6,1 (rango=5,1-6,9). La sintomatología principal: respiratoria. La radiología simple de tórax fue diagnóstica en tres pacientes, uno precisó TC, y en otro fue un hallazgo durante la laparotomía. Dos presentaron herniación hepática, uno gastrotórax hipertensivo y dos perforación gástrica con ascenso del contenido. Todos intervenidos por vía abdominal. La supervivencia estimada por el método TRISS fue respectivamente: 86,6%, 78,2%, 57,2%, 84,7% y 57,1%, la real fue del 100%. Uno presenta discapacidad severa.

Conclusiones: Conocer la biomecánica y la semiología es fundamental para el diagnóstico precoz de la HDT en el politraumatismo pediátrico y es mandatorio sospecharla previo abordar el tórax con procedimientos percutáneos. El método TRISS tiene una marcada utilidad para valorar el adulto politraumatizado, pero son necesarios índices específicos pediátricos.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Maltrato infantil, experiencia en el Servicio de Cirugía Pediátrica del antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde".** O. Aguirre Jáuregui Oscar, G. Yanowsky Reyes, E. Rodríguez Franco, A. Martínez Velazquez, L. De la Mora Carnalla Lourdes, P. Guzman, M. Moreno Flores. *Servicio de Cirugía Pediátrica AHCG-FAA Universidad de Guadalajara*

Introducción: El propósito del presente trabajo es mostrar el trabajo de un equipo multidisciplinario en el tratamiento de estos pacientes.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo observacional en un periodo de tiempo de Enero de 1994 a Diciembre de 2008

Resultados: 318 pacientes fueron evaluados por Maltrato infantil siendo 51% masculinos y 49% femeninos, 70% con abuso físico, 50% con agresión sexual, negligencia nutricional 13%, abandono 10%, intoxicaciones 7%. El grupo de edad mas afectado en entre RN y 6 años (75%). Sobre el agresor 86% fueron padres o padrastros, 50% fueron lesionados en el hogar, 49% del estado de Jalisco y mortalidad del 15%.

Discusión: Es frecuente la presentación de casos de violencia intrafamiliar, en México se describe que alrededor de uno de cada tres hogares ha presentado alguna forma de violencia, siendo mas afectados las mujeres y los niños, de estos casos la mayoría se ocultan, y hasta en el 11% se presentan conductas de violencia física. El maltrato Infantil una de las muestras de lo complejo de las relaciones humanas, es decir, el ser humano genera violencia como parte de su propia naturaleza, y para su manejo requerimos el trabajo multidisciplinario para atención integral al menor. Nuestra serie muestra un grupo de menores victimas de maltrato físico que por la severidad de sus lesiones requirio hospitalización, siendo mas afectados los varones, el agresor mas comun padres o padrastros y el hogar ocupa un 50% de donde ocurrió el ataque. Se requirió trabajo multidisciplinario para su tratamiento y la mortalidad fue de 15%.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Trasplante intestinal: ¿en qué fase estamos?** A.M. Andrés, E. Ramos, F. Hernández, E. Encinas, O. Suárez, N Leal, M Gámez, J Sarria, M Molina, J. Murcia, E. Frauca, G. Prieto, M. López Santamaría, J.A. Tovar. *Hospital Infantil La Paz. Madrid.*

Objetivo: Analizar la evolución del trasplante intestinal (TI) desde el inicio del programa.

Material y métodos: Estudiamos retrospectivamente todos los niños con TI (1999-2009): epidemiología, situación previa, técnica quirúrgica, inmunosupresión, resultados, supervivencia y calidad de vida.

Resultados: Realizamos 50 TI (19 intestinal aislado, 18 hepatointestinal, 13 multiviscerales) en 44 niños, edad mediana 32 m (rango 7 m-19 a); peso 9 kg (rango 3,9-60); 31 tenían intestino corto, 6 dismotilidad, 4 diarrea intratable, y 3 misceláneos. Veinticuatro se intentaron adaptar inicialmente, 20 se incluyeron directamente como candidatos. La modalidad de trasplante se modificó durante su espera en 15. Todos recibieron tacrolimus y corticoides requiriendo 3 conversión a sirolimus posteriormente. Seis fallecieron el primer mes, por sepsis/fallo multiorgánico (mala situación basal); 12 fallecieron tardíamente; Observamos rechazo agudo en 18, rechazo crónico en 2, síndrome linfoproliferativo en 7 (fallecieron 4), y EICH en 5 (fallecieron 3). La supervivencia tras 5 años es del 65,2% (51,7% el injerto). Desde 2006-2008, la supervivencia a los 6m, 1 y 3 años del paciente/injerto es 88,7/84,1, 81,2/81,2 y 81,2/71,1%, respectivamente. Tras un seguimiento medio de 38 ± 29 meses, todos los pacientes vivos (n=26, 57%) son autónomos digestivos (70% ya sin estoma), están escolarizados, con mínimos ingresos, y buena calidad de vida.

Conclusiones: El TI se afianza como alternativa de tratamiento en el fallo intestinal irreversible, con posibilidad de llevar una vida normal. Aunque la supervivencia disminuye a largo plazo, la experiencia ha mejorado nuestros resultados. Estos pacientes requieren un seguimiento estrecho, una vez superado el trasplante, para detectar precozmente posibles complicaciones inmunológicas.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Necesidad de la bipartición hepática o split en el trasplante en niños.** A.M. Andrés, M. López Santamaría, F. Hernández, J.L. Encinas, O. Suárez, M. Miguel, N. Leal, M. Martínez, M. Gámez, J. Murcia, E. Frauca, P. Jara, J.A. Tovar. *Hospital Infantil La Paz. Madrid.*

Objetivo: Analizar el beneficio del trasplante hepático (TH) con la bipartición adulto-niño.

Material y métodos: 1) Análisis de la mortalidad pretrasplante calculadas sobre 228 inclusiones a TH (enero 2004-diciembre 2008). 2) Análisis de los resultados de 33 biparticiones que dieron lugar a 66 trasplantes (1994-2008). 3) Impacto de las técnicas alternativas (donante vivo/bipartición) en la mortalidad pretrasplante de nuestros enfermos.

Resultados: Referida por 1000 enfermos y año de exposición, la mortalidad pretrasplante fue de 110 en niños mayores de 5 años, 180 en niños de 2 a 5 años, 90 en niños entre 1 y 2 años, y 510 en menores de 1 año (p < 0,05 respecto a restantes grupos). 36/66 injertos divididos fueron implantados por nuestro grupo. Cinco se perdieron, 3 por retrasplante 2 por falleci-

miento. La supervivencia actuarial a 10 años fue 94,5% (enfermos) y 85,1% (injerto). Los 30 injertos restantes fueron trasplantados en otros hospitales, de los que 4 se perdieron precozmente. En el periodo incluido en el estudio, el 85,4% de los niños entre 1-2 años recibió un injerto de donante vivo o bipartición, frente al 59,9% en el grupo de niños menores de un año.

Conclusiones: Nuestros resultados justifican éticamente la bipartición adulto-niño. Aunque influyen otros factores, es evidente el beneficio de las técnicas alternativas en el grupo de niños ente 1-2 años. Una tasa de utilización de hasta 60% de las mismas en < 1 año es insuficiente para que la mortalidad pretrasplante en menores de 1 año sea comparable a la de los restantes grupos de edad.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Estimación del riesgo de hemorragia digestiva alta en pacientes con cavernomatosis portal.** M. Couselo, L. Mangas, J. Gómez, V. Ibáñez, J.J. Vila. *Hospital Infantil La Fe. Valencia.*

Objetivo: Determinar el riesgo de hemorragia digestiva alta (HDA) tras el diagnóstico de cavernomatosis portal (CP) en pacientes pediátricos.

Material y métodos: Analizamos retrospectivamente 13 casos de CP. Estimamos las funciones de supervivencia para el evento HDA mediante el método de Kaplan-Meier. Se calcula la tasa de incidencia de la muestra global e individualmente. En el momento del diagnóstico (T0) estudiamos: edad, plaquetas, leucocitos, hemoglobina, hematocrito, tiempo de protrombina, número de episodios de sangrado. Se analiza la relación de estas variables con la tasa de incidencia individual mediante regresión lineal.

Resultados: Media de seguimiento: 7,3 años. 10 pacientes (77%) han presentado algún episodio de HDA tras el diagnóstico. Mediana de supervivencia hasta el primer episodio de HDA después del diagnóstico: 314 días (error estándar: 131,2). Tasa de incidencia de HDA global tras el diagnóstico: 0,43 episodios de HDA por persona-año. Rango de las tasas de incidencia individuales: 0-2,2 episodios por persona-año.

Conclusiones: Apenas existen datos en la literatura sobre el riesgo de sangrado en pacientes pediátricos con CP. Hemos determinado en nuestra muestra una TI de 0,43 episodios de HDA por paciente-año y una mediana de 314 días desde el diagnóstico hasta el primer episodio de sangrado, pero el tamaño muestral no ha permitido encontrar una asociación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas y el riesgo de HDA.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **El síndrome de Allgrove: ¿Una acalasia de peor pronóstico?** R. Delgado Alvira, H. Allal¹, J. Elías Pollina, N. González Martínez-Pardo, E. Calleja Aguayo, J.A. Esteban Ibarz. *Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.*
¹*Hôpital Lapeyronie. Montpellier. Francia.*

Objetivo: El síndrome de Allgrove (SA) se caracteriza por alacrimia, acalasia e insuficiencia adrenal. La acalasia esofágica ocurre en el 75% de casos. **Objetivo:** determinar diferencias en presentación y respuesta al tratamiento de la acalasia en el SA comparados con pacientes con acalasia idiopática, y describir otras características del síndrome.

Material y métodos: Estudio de pacientes con acalasia en dos servicios de cirugía pediátrica entre 1998-2008.

Resultados: 12 pacientes diagnosticados de acalasia: 4 con SA (grupo A) y 8 con acalasia idiopática (grupo B). La edad media de los síntomas fue 3,5 años (grupo A) y 8,7 años (grupo B). Consultaron por vómitos o disfagia y estancamiento ponderal. En grupo A, la alacrimia fue el primer síntoma del SA. Tres pacientes presentaron insuficiencia adrenal, previamente a acalasia en uno. Los pacientes del grupo A recibieron tratamiento quirúrgico (miotomía Heller y plastia antirreflujo). En el grupo B, 5 pacientes fueron tratados con dilataciones, precisando posteriormente cirugía y en tres se realizó tratamiento quirúrgico inicialmente. Seguimiento en grupo A (entre 2 meses y 10 años) y en el grupo B (entre 1,5 y 7 años). Un paciente del grupo A precisó nueva plastia antirreflujo y otro refiere disfagia. Los pacientes del grupo B están asintomáticos.

Conclusiones: El inicio de sintomatología digestiva es precoz y los resultados quirúrgicos peores en el SA. Suelen presentar previamente algún síntoma, generalmente alacrimia. La aparición de estos dos síntomas obliga a descartar insuficiencia suprarrenal latente, potencialmente grave. Este síndrome tiene gran variabilidad clínica y el estudio genético puede ser determinante para su diagnóstico.

Forma de presentación: Oral 3 min.

COMUNICACIONES ORALES IV: CIRUGÍA PLÁSTICA

- **Síndrome de PHACES.** J. Morcillo Azcárate, J. Bernabeu-Wittel*, I. Fernández-Pineda, M.D. Conejo-Mir*, I. Tuduri Limousin, D. Alonso Aspiazú Salinas, J.C. de Agustín. *Servicios de Cirugía Pediátrica y Dermatología*. Comité Multidisciplinar de Anomalías Vasculares. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: El síndrome de PHACES asocia un hemangioma segmentario cráneo-facial con malformaciones cerebrales de la fosa posterior; anomalías vasculocerebrales, disrafismo anterior, defectos cardíacos o alteraciones oculares. El objetivo de este estudio es analizar nuestra experiencia en relación con este síndrome.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los casos atendidos en nuestra unidad en el último año.

Resultados: Se trataron 4 casos (45 días, 4 semanas, 4 meses y 7 años de edad); 3 niñas y 1 niño. Además del hemangioma segmentario presentaron: 3 malformaciones vasculares

cerebrales; 2 cardiopatías estructurales; 2 malformaciones cerebrales de fosa posterior, 1 microftalmía. No se encontraron defectos esternales y/o del rafe supraumbilical. Un caso recibió tratamiento con dos ciclos de metilprednisolona intravenosa (30 mg/kg/día, 3 días al mes) y prednisona oral (4 mg/kg/día), con respuesta favorable; dos casos recibieron tratamiento inicial con prednisona oral (1-3 mg/kg/día) seguido de propranolol oral (0,5 mg/kg/día) en pauta ascendente hasta 2 mg/kg/día, consiguiéndose tanto la detención del crecimiento tumoral como regresión de la lesión, con muy buena tolerancia. El caso de 7 años ha sido tratado con láser de colorante pulsado en las lesiones residuales.

Conclusiones: Ante un hemangioma cervicofacial segmentario es necesario realizar un estudio diagnóstico completo para descartar la presencia de malformaciones asociadas al síndrome PHACES. El abordaje multidisciplinar del paciente por parte de un equipo de expertos: dermatólogo, cirujano pediátrico y pediatra, favorece una intervención precoz y mejora el pronóstico. El propranolol constituye una alternativa terapéutica prometedora

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Tratamiento de las malformaciones linfáticas mediante infiltraciones con OK-432: nuestra experiencia.** S. Fuentes Carretero, R. Tejedor Sánchez, C. Moreno Zegarra, M.D. Delgado Muñoz, E. Martí Carrera, A. Gómez Fraile. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivo: Las malformaciones linfáticas constituyen una entidad de difícil manejo. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia utilizando como tratamiento infiltraciones con OK-432 o picibanil.

Material y métodos: Revisión de los pacientes con diagnóstico de malformación linfática tratados en nuestro centro en los últimos 5 años. Las infiltraciones se realizaron en colaboración con el radiólogo intervencionista pediátrico.

Resultados: En los últimos 5 años se han atendido en nuestro servicio 17 pacientes con malformaciones linfáticas. Dos de ellos se encuentran a la espera de tratamiento. En total se han realizado 36 procedimientos, entre 1 y 5 infiltraciones por paciente con una media de 1,5 mg de preparado diluido inyectado en cada una. Los resultados han sido satisfactorios en el 73% de los casos. En 20% ha habido remisión parcial y solo en un caso no se evidenció ninguna respuesta. La aparición de inflamación moderada y febrícula en los primeros días se consideró normal. Se han recogido 2 casos de complicaciones siendo una de ellas fiebre que requirió ingreso hospitalario y la otra, sangrado autolimitado en el punto de punción. Los casos de malformación microquística coinciden con afectación compleja, mayor número de infiltraciones y necesidad de tratamientos complementarios.

Conclusiones: Las infiltraciones con picibanil ofrecen una alta tasa de resultados satisfactorios con un mínimo porcentaje de complicaciones, por lo que se consideran tratamiento de

primera línea. No obstante su utilidad en lesiones microquísticas y en casos de afectación difusa con gran volumen de malformación es limitada por lo que son necesarias terapias complementarias para su manejo.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Versatilidad del colgajo de perforantes anterolateral del muslo (ALT) en población pediátrica.** E. Arana, V. García, J.P. Barret, J. Lloret. *Hospital Universitario Valle Hebron. Barcelona.*

Objetivo: El colgajo Anterolateral del muslo-ALT- util en todo tipo de secuelas cicatriciales y cobertura cutánea, también en niños. El colgajo ALT basado en perforantes de rama descendente de arteria Circunfleja Femoral Lateral, con un territorio que abarca desde cresta iliaca a condilo femoral lateral y desde línea media anterior del muslo a línea media posterior.

Material y métodos: Cuatro pacientes afectados de secuelas cicatriciales fueron reconstruidos usando El colgajo ALT. Tres de ellos presentaban secuelas por quemaduras que afectaban la funcionalidad de las extremidades y un paciente presentaba sinequia inguinoescrotal izquierda tras accidente de tráfico. La edad de los pacientes oscila entre 9-12 años. El colgajo ALT fue usado en tres ocasiones como reconstrucción microquirúrgica, combinado con colgajo de Fascia Lata, y en un caso de manera pediculada. La isla cutánea varía entre 14-16 cm de longitud y 4-8 cm de ancho; la fascia lata vascularizada aporta de 6-12 cm de longitud y de 4-6 cm de ancho. En los cuatro casos se procedió a cierre directo de la Zona donante.

Resultados: Todos los colgajos sobrevivieron; El colgajo pediculado presentó en postoperatorio inmediato congestión venosa con restitución ad integrum. También presentó dehiscencia de zona donante que precisó injerto a nivel proximal. No presentaron dificultades en incorporación y desarrollo posterior de actividad física diaria y/o deportiva.

Conclusiones: El colgajo ALT es un colgajo versátil y útil en Cirugía Plástica Pediátrica porque: es fino y pliable; puede combinarse con colgajo fascial, muscular, etc.; presenta un pedículo largo y campo de cobertura amplio; escasa morbilidad de la zona donante.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Linfadenitis granulomatosas cervico-faciales en niños.** M.S. Fernández Córdoba, J. González Piñera, E. Hernández Anselmi, Y. Argumosa Salazar, M. Lillo Lillo*, J. Sotoca Fernández*, L. Iñiguez de Onzoño**, S.H. Nam Cha**. *Servicios de Cirugía Pediátrica, *Pediatria y **Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

Objetivo: Las linfadenitis por micobacterias no tuberculosas tienen variabilidad geográfica en prevalencia y especies. Su incidencia está aumentando y ello ha promovido mayor

investigación, con resultados a favor de la cirugía frente a terapias antimicrobianas. Nuestro objetivo es estudiar las características de esta patología en nuestro medio y establecer una pauta diagnóstico-terapéutica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 28 casos entre enero de 1991 y diciembre de 2008: 14 niños y 14 niñas con una media de edad de 3,6 años (rango: 1,5-9,5). El 54% fue diagnosticado en los últimos 5 años.

Resultados: Las linfadenitis se localizaron en el collar ganglionar pericervical (12 submaxilares, 4 parotídeos, 2 occipitales y 5 con doble afectación) o en la parte alta de la cadena yugular interna (5 casos). El tiempo medio de evolución hasta la cirugía fue de 4,6 meses. El diagnóstico fue principalmente histológico, siendo los cultivos positivos sólo en el 25%, con micobacterias multirresistentes. El 42,3% presentó un Mantoux con induración. En todos se realizó biopsia-exéresis de las adenopatías afectas, con PAAF previa en 7 casos, siendo sugestiva sólo en uno. Recibieron tratamiento tuberculostático previo nueve, sin mejorar las lesiones. Tras la exéresis hubo curación completa en todos excepto una niña con recidiva a los 2 años.

Conclusiones: En los últimos 5 años se ha incrementado el número de casos en nuestras consultas. El método diagnóstico y tratamiento más efectivo es la biopsia-exéresis, que debería realizarse lo más precoz posible. No está indicada la PAAF por su baja efectividad ni administrar tratamientos tuberculostáticos.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Nuestra experiencia con el hidro-desbridamiento en lesiones cutáneas variadas. Adelanto técnico e innovador en cirugía pediátrica.** C. Hernández Castelló, R. Beltrà Picó, F. González López. *Unidad de Cirugía Plástica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria.*

Objetivo: Presentar nuestra experiencia con el uso de la Hidrodermoabrasión en la limpieza, desbridamiento y eliminación de tejidos necróticos.

Material y métodos: El sistema de hidrocirugía incorpora un chorro, de regulable presión y elevada velocidad, de solución salina esterilizada, con un sistema de aspiración simultáneo, que permite desbridar, extirpar, irrigar y eliminar el tejido necrótico. Hemos utilizado este sistema en 15 pacientes, con patologías importantes por quemaduras de 2º y 3º grado, heridas graves con defectos cutáneos de variada extensión por politrauma, necrosis cutánea de diversa entidad y por distintas etiopatogenias. El tiempo medio necesario para una completa limpieza de la lesión osciló entre 6 y 15 minutos. Posteriormente se procedió a curas convencionales, injertos de piel o implantación de dermis artificial.

Resultados: En todos los casos obtuvimos un desbridamiento y limpieza de las lesiones de alta efectividad.

Conclusiones: El sistema de Hidrodermoabrasión es fácil y cómodo de usar, con una curva de aprendizaje corta y sencilla. La irrigación, desbridamiento y la eliminación por succión de los restos son operaciones simultáneas; ello permite mejorar la visibilidad de la zona a tratar y desbridar de forma precisa exclusivamente los tejidos necróticos, evitando, además, efectos adversos como destrucción de tejido sano, lesión de nervios periféricos y daño vascular. Además disminuye la pérdida de sangre. Constituye una herramienta innovadora dentro de la instrumentación quirúrgica para curas de heridas graves y crónicas, así como quemaduras.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Distracción osteogénica para la apnea obstructiva en pacientes con malformaciones congénitas craneofaciales.** C. Marañés Gálvez, A. Martínez Plaza, R. Fernández Valadés, F. Martín Cano, R. Cortés Sánchez, A. Martínez Tellerías, A. Cabello, E. Licerías Licerías, B. García Medina. *Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

Objetivo: Valorar la utilidad de la distracción ósea osteogénica mandibular como tratamiento en pacientes con malformaciones craneofaciales asociadas a hipoplasia mandibular severa.

Material y métodos: Nuestra experiencia con la distracción mandibular en pacientes con malformaciones craneofaciales asociadas a hipoplasia mandibular severa incluye un total de 4 pacientes, uno con síndrome de Treacher Collins, otro con síndrome de Cornelia de Lange y dos con secuencia de Pierre Robin. Todos presentaban fisura palatina. El diagnóstico debe considerar el examen clínico, TAC 3D, fibroscopia VADS, monitorización de los niveles de saturación de oxígeno y estudios polisomnográficos. La decisión de tratamiento se realizó en base a la presencia de episodios de apnea obstructiva severa (determinando los índices de apnea, hipoxia y respiratorio). En todos los pacientes se realizó distracción externa según técnica propuesta por Fernando Molina y Ortiz Monasterio y los distractores colocados fueron los Molina Unidirect.

Resultados: La elongación mandibular estuvo en el rango de 16-21 mm, medida suficiente para lograr un alivio completo de la sintomatología respiratoria, y deglutoria en todos los casos. Entre las complicaciones, encontramos una infección cutánea leve que respondió a tratamiento con antibióticos y curas locales, y la extrusión de dos pines uno en periodo de distracción que se repuso y otro en el periodo de contención que no fue preciso reponer.

Conclusiones: La distracción mandibular temprana es la alternativa ideal para evitar la traqueostomía o intubaciones prolongadas en los niños con apnea obstructiva secundaria a hipoplasia mandibular severa. Mejora su calidad de vida, pudiendo incorporarse a su vida familiar sin riesgo vital.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Experiencia de 12 años en el diagnóstico y tratamiento del síndrome de Gorham-Stout (infiltración linfática osteolítica).** M. Miguel, J.C. López- Gutiérrez, M. Ramírez, C.A. de la Torre, S Barrena, R. Aguilar, C. Soto, M. Díaz, Z. Ros, J.A. Tovar. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivo: Nuestro objetivo es profundizar en el diagnóstico clínico, radiológico y tratamiento de pacientes afectados por infiltración linfática osteolítica (síndrome de Gorham-Scout).

Material y métodos: Revisamos las historias clínicas de los pacientes con esta enfermedad tratados en nuestro centro. Clasificamos los pacientes en 5 grupos: 1) Osteolisis focal sin anomalía linfática del tejido blando (observable en la RM). 2) Osteolisis multifocal sin anomalía linfática del tejido blando. 3) Osteolisis focal con anomalía linfática del tejido blando. 4) Osteolisis multifocal con anomalía linfática del tejido blando. 5) Osteolisis linfática en el contexto de tumores o síndromes vasculares.

Resultados: En 12 años, se trataron 36 pacientes, clasificados de la siguiente manera: 6 Grupo 1, 10 Grupo 2, 3 Grupo 3, 15 Grupo 4 y 2 Grupo 5. No se observó correlación entre la extensión del daño óseo y el patrón macro o microquístico de la infiltración del tejido blando. En dos pacientes la reabsorción ósea era bilateral y simétrica. El análisis inmunohistoquímico (anticuerpo monoclonal D2-40) confirmó el origen linfático. Once pacientes fueron tratados con una amplia variedad de tratamientos, antes de establecerse el protocolo antiangiogénico actual (combinación de interferón y ácido zoledrónico). 25 pacientes recibieron esta combinación.

Conclusiones: La enfermedad de Gorham- Stout es una enfermedad devastadora que precisa de un abordaje terapéutico multidisciplinar. Los pacientes se benefician del tratamiento con interferón y ácido zoledrónico, cuyos efectos antilinfangiogénicos reducen la osteolisis. En aquéllos con afectación de partes blandas, la extirpación quirúrgica reduce el flujo linfático al hueso y potencia los efectos de la medicación.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Síndrome de Bean. Presentación de 6 pacientes.** M. Ramírez Piqueras, J.C. López Gutierrez, M. Díaz Gonzalez, C. Soto Bauregard, M.E. Molina, M. Miguel Ferrero, C. de la Torre Ramos, S. Barrena Delfa, Z. Ros Mar. *Hospital Universitario la Paz. Madrid.*

Objetivo: El síndrome de Bean o Blue Rubber Bleb Nevus Syndrome es una enfermedad poco frecuente caracterizada por malformaciones venosas multifocales que afectan predominantemente a la piel, tejidos blandos y tracto gastrointestinal. Nuestro objetivo es familiarizar al Cirujano Pediátrico con esta entidad, fomentar el diagnóstico precoz y el tratamiento quirúrgico seriado como opción terapéutica. Revisamos el diagnóstico y tratamiento de seis pacientes tratados desde 1993 a 2009.

Material y métodos: Todos los pacientes presentaron una malformación venosa (> 10 cm) que actuó como marcador. Posteriormente aparecieron lesiones cutáneas características, así como anemia crónica por sangrado digestivo asociado a hipofibrinogenemia. La edad de aparición del cuadro anémico varía entre los 6 meses y los 7 años siendo más agresivo cuanto más temprana es. El diagnóstico de la enfermedad se realizó por medios endoscópicos. Todos precisaron trasfusión de hemoderivados entre 5 y 25 ocasiones al año. El tratamiento fue multidisciplinar; trasfusiones periódicas en todos los casos, esclerisis endoscópica en lesiones que afectan a colon o a estómago y tratamiento quirúrgico de las del yeyuno e ileon, en dos de estos pacientes extirpando 23 y 46 lesiones respectivamente.

Resultados: Los pacientes a los que se ha practicado extirpación de las malformaciones digestivas han experimentado una disminución significativa de las necesidades trasfusionales. Una paciente con diseminación miliar falleció.

Conclusiones: BRBNS es difícil de diagnosticar debido a su baja frecuencia. El tratamiento de las lesiones del tracto gastrointestinal es multidisciplinar combinando técnicas endoscópicas y quirúrgicas, que disminuyen las trasfusiones y mejoran la calidad de vida de los pacientes.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Propranolol como tratamiento novedoso del hemangioma.** M. Ramírez, J.C. López, M. Díaz, C. Soto, M. Miguel, C. de la Torre, S. Barrena, R. Aguilar, Z. Ros, J.A. Tovar. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivo: Los hemangiomas sintomáticos son tratados de diversas formas: cirugía, corticoides... forma efectiva. Tras el descubrimiento de la eficacia del propranolol en el tratamiento de éstos tumores hace algo más de un año, se han puesto en marcha protocolos para verificar la primacía sobre los esteroides desde el punto de vista terapéutico. Exponer nuestra experiencia con el tratamiento con propranolol en los últimos 12 meses

Material y métodos: Hemos tratado 62 pacientes con hemangiomas de distintas características con propranolol a dosis de 1 mg/kg/12h. La edad media fue de 2,8 meses. 39 de los tumores eran focales y 23 segmentarios. Las localizaciones de los mismos son: vía aérea, 4 en parótida, 7 en nariz, 11 en labio, 20 en mejilla, 10 en párpado y 9 en otras. Un paciente presentaba Sd de PHACES y otro hemangiomatosis difusa. Seis de ellos estaban ulcerados y 11 habían sido tratados previamente con corticoides.

Resultados: Los pacientes respondieron al tratamiento las primeras semanas (disminución del relieve, tamaño, coloración). En el seguimiento fotográfico, la respuesta ha sido llamativa en los 3 primeros meses. Las ulceraciones se han resuelto. El efecto ha sido notorio en hemangiomas segmentarios. Ningún paciente presentó episodios de hipoglucemia o hipotensión.

Conclusiones: Debido a la buena respuesta, pocos efectos secundarios, comodidad de administración y satisfacción de los familiares, el tratamiento con propranolol ha desplazado al

tratamiento con corticoides en nuestra rutina diaria de tratamiento. Aspectos como la dosis máxima efectiva, eficacia de otros betabloqueantes... obligan a realizar estudios para confirmar la idoneidad de los protocolos terapéuticos actuales.

Forma de presentación: Oral 5 min.

COMUNICACIONES ORALES V: CIRUGÍA NEONATAL

- **Gastrosquisis. Cesárea electiva pretermino y cierre primario inmediato; nuestra experiencia.** P. Glasmeier, C. Grande, J. Margarit, M. Martí, J.R. Torino, A. Miranda, A. Sans. *Hospital Mutua de Terrassa: Hospital de Terrassa.*

Objetivo: Nuestra experiencia en el tratamiento de la gastrosquisis con un protocolo de parto por cesárea electiva entre los 34-35 semanas de gestación y cierre primario inmediato.

Material y métodos: En 18 meses se han tratado 5 pacientes con gastrosquisis con el siguiente protocolo. Monitorización ecográfica semanal a partir de los 30 semanas y maduración pulmonar fetal. Cesárea electiva entre los 34 y 35 semanas o ante la presencia de signos ecográficos de sufrimiento intestinal. Corrección quirúrgica inmediato postparto con cierre primario de la pared bajo control de presión abdominal.

Resultados: Edad gestacional media de los pacientes ha sido de 33,94 semanas, el peso medio fue de 2.154 g. No observamos engrosamiento de las asas (Peel) en ninguno de los casos y no objetivamos dificultad para la reducción de las asas en la cavidad abdominal. Dos pacientes presentaron una malrotación intestinal asociada. Se logró la extubación entre las 36 y 48 horas. Instauramos una dieta trófica a los 3,6 días de media. La retirada de la nutrición parenteral fue posible a los 15,8 días de media y el alta hospitalario a los 33,4 días de media. Un caso de oclusión intestinal prealta algo considerablemente la estancia hospitalaria de este paciente (74 días).

Conclusiones: El manejo terapéutico de las gastrosquisis mediante cesárea electiva pretermino y tratamiento quirúrgico inmediato probablemente sirve para evitar la aparición del temido "Peel". Este protocolo permite iniciar una dieta oral precozmente, reduce el tiempo de nutrición parenteral, la necesidad de vías centrales con el riesgo de sepsis y acorta la estancia hospitalaria.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Utilidad de la ECMO en pacientes con hernia diafragmática congénita.** M.E. Muñoz, L. Saura, M. Castañón, F. Cáceres, M. Olivares, J. Moreno. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

Objetivo: Actualmente la ECMO constituye el último eslabón en la terapéutica del manejo del fallo respiratorio en pacien-

tes con Hernia diafragmática congénita (HDC). Presentamos nuestra experiencia.

Material y métodos: Desde Enero de 2001 disponemos en UCI- neonatal de ECMO. De 75 HDC, 13 (3 derechas y 10 izquierdas) han precisado ECMO (uno en dos ocasiones; en total 14 procedimientos). Criterios de inclusión: índice de oxigenación > 40 y peso > de 2 kg.

Resultados: 5 mujeres y 8 varones con edad gestacional entre 35 y 41 semanas (media: 38) y peso al nacer entre 2.300 y 3.500 gramos (media 2817). En 4 trasladados desde otros centros el diagnóstico fue posnatal. De los 12 con diagnóstico prenatal, en 6 casos se había realizado terapia fetal mediante oclusión traqueal. Procedimiento veno-venoso en 8 y venoarterial en 5. Rango de duración: 68-606 horas, media de 228,35. La cirugía se ha realizado antes de la ECMO en 10 casos, 3 durante y 2 después. En una ocasión no hubo cirugía. Las complicaciones han sido graves y en pacientes con desenlace fatal. La mortalidad precoz ha sido de 6 pacientes y la tardía 2 (total 61%).

Conclusiones: A pesar de que este procedimiento tiene una alta morbi-mortalidad, hay que tener en cuenta que se tratan pacientes de muy mal pronóstico sin otra alternativa (con mortalidad del 100%). Se necesitan estudios multicéntricos para establecer indicadores pronósticos pre y postnatales.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Complicaciones intestinales postnatales en el síndrome de transfusión feto-fetal con tratamiento prenatal.** L. Saura García, M.E. Muñoz Fernández, M. Castañón García-Alix, M. Corradini, M. Olivares Muñoz, J.M. Ribó Cruz. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

Objetivo: El síndrome de transfusión feto-fetal (STFF) se da en un 4-35% de las gestaciones monocoriónicas. Las anastomosis vasculares transplacentarias pueden dar lugar a múltiples complicaciones postnatales. Presentamos 3 casos de lesión intestinal postnatal en pacientes sometidos a coagulación con láser fetoscópica.

Material y métodos: Presentamos 3 casos de gestación monocorial biamniótica con STFF que requirieron tratamiento prenatal con coagulación de vasos transplacentarios mediante fetoscopia entre las semanas 17 y 18 de gestación con fallecimiento del feto donante en un caso. Se realizaron dos cesáreas electivas a las 30,6 y 31 semanas y un parto eutócico a las 39,4 (éxitos de feto donante). Los pesos al nacimiento fueron de 1620, 1.320 y 3.090 gramos, respectivamente. El seguimiento postnatal clínico, analítico y radiológico puso de manifiesto la afectación intestinal en los 3 casos

Resultados: El primer caso desarrolló una enterocolitis necrotizante con perforación de íleon distal y el segundo una enterocolitis sin perforación. En ambos se realizaron ileostomías. El último caso presentó una atresia ileal distal asociada con perforación del asa proximal dilatada. Se reseco la zona

afecta practicándose una anastomosis término-terminal. La evolución ha sido muy favorable en los 3 casos.

Conclusiones: La mortalidad en el STFF no tratado es del 70-100%, con tratamiento prenatal se consigue una supervivencia de hasta el 60%. Sin embargo, es un tratamiento de alto riesgo que se debe realizar en centros especializados. Dada la afectación que puede existir sobre la vascularización esplácnica debemos estar alerta ante las eventuales complicaciones intestinales.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Atresia intestinal tipo *apple-peel*: experiencia con 20 casos.** M. Miguel, Z. Ros, C.A. de la Torre, M. Ramírez, S. Barrena, R. Aguilar, C. Soto, J.A. Tovar. *Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Objetivo: La atresia tipo *apple-peel* es la atresia intestinal más infrecuente, con alta morbi-mortalidad. El objetivo es revisar nuestra experiencia en 20 casos, valorando la técnica quirúrgica empleada y resultados a corto y largo plazo.

Material y métodos: Revisamos las historias clínicas de pacientes con *apple-peel* intervenidos en nuestro Centro entre 1969 y 2009.

Resultados: Fueron 20 pacientes (mediana de peso al nacimiento: 2.220 g; rango: 1.400 a 3.460 g). 11 pacientes (55%) presentaban otras anomalías asociadas (atresias intestinales múltiples, malrotación, etc). En 16 casos (80%) se realizó remodelaje con anastomosis primaria término-terminal, 2 Bishop-Koop, 1 anastomosis término-lateral y 1 gastroyeyunostomía. 10 pacientes (50%) fallecieron durante el postoperatorio, por sepsis (4), dehiscencia de anastomosis (3), vólvulo intestinal (1), múltiples malformaciones (1) y causa desconocida (1). Todos fueron anteriores a 1977. En cuanto a los supervivientes, a todos se les había realizado remodelaje con anastomosis primaria. Precizaron nutrición parenteral durante un mes (mediana) y, todos al alta (estancia hospitalaria mediana: 75 días) eran autónomos por vía oral. 7 presentaron colestasis, 7 sepsis y 6 anemia. 4 pacientes precisaron reintervención por enterocolitis necrotizante, obstrucción intestinal y estenosis de anastomosis (2). El tiempo de seguimiento fue de 30 meses (mediana): todos los pacientes presentaban medro y dieta acorde a su edad, función intestinal normal y ningún episodio de obstrucción intestinal.

Conclusiones: El pronóstico de estos pacientes ha mejorado en los últimos años. Aunque presentan una alta morbilidad postoperatoria, la evolución a largo plazo es buena. El remodelaje con anastomosis primaria ofrece buenos resultados.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **El riesgo de enterocolitis necrosante en recién nacidos con cardiopatía congénita.** C.A. De La Torre, M. Miguel, L. Martínez, R. Aguilar, S. Barrena, L. Lassaletta, J.A. Tovar. *Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Objetivo: La enterocolitis necrosante (NEC) es la enfermedad quirúrgica gastrointestinal más común en neonatos. La cardiopatía congénita (CC) es causa de morbi-mortalidad infantil y está asociada a factores considerados de riesgo para NEC. Nuestro objetivo es analizar los factores de riesgo para NEC en neonatos con CC.

Material y métodos: Analizamos una cohorte compuesta por pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con CC desde enero de 2003 hasta diciembre de 2008. La variable dependiente fue el diagnóstico de NEC. Las variables independientes incluyeron los factores de riesgo asociados con NEC. El análisis estadístico uni y multivariado fue realizado con SPSS 15.0. Los riesgos relativos (RR) se presentan con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: De los 7.803 pacientes, 935 (11,9%) presentaron CC. Entre ellos, 70 presentaron NEC (RR 8,4-17,8), 31 de los cuales requirieron tratamiento quirúrgico. El riesgo para NEC aumentó si la CC necesitó corrección quirúrgica (2,3-5,5) y entre bebés menores de 1.500 g (2,1-5,5), pacientes que además tenían más riesgo cuando presentaban ductus arterioso persistente (2,3-121,4). El análisis multivariante demostró que los factores de riesgo asociados de manera independiente fueron: edad gestacional menor de 28 semanas, peso al nacer menor de 1.500 g, presencia de cardiopatía congénita compleja y tratamiento con prostaglandinas.

Conclusiones: La incidencia de NEC en neonatos con CC es mayor que en los recién nacidos sanos. El riesgo es mucho mayor en prematuros menores de 28 semanas o menores de 1.500 g, los que tienen cardiopatía compleja y en los que se usan prostaglandinas en el tratamiento.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Valoración del SNAPPE-II y el índice de trastorno metabólico como predictores de mortalidad en la enterocolitis necrotizante.** M. Couselo, V. Ibáñez, V. Marijuán, J.J. Vila. *Hospital Infantil La Fe, Valencia.*

Objetivo: Se han propuesto diversos índices para predecir la evolución de los pacientes con enterocolitis necrotizante (ECN). Comparamos dos de ellos: el índice de trastorno metabólico propuesto por Tepas (ITM) y el SNAPPE-II (score for neonatal acute physiology-perinatal extension-II) para valorar el resultado mortalidad en los neonatos con ECN.

Material y métodos: Se revisaron retrospectivamente 99 pacientes diagnosticados de ECN en los últimos 5 años. Los índices SNAPPE-II e ITM se calcularon en 3 momentos: en el diagnóstico (T0); valoración por cirujano (T1); y 24 horas tras cirugía (T2). Se determinan las curvas ROC de cada índice y se realiza una comparación de las curvas mediante el método de Hanley y McNeil para curvas relacionadas.

Resultados: 34 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente. 17 pacientes murieron. Para predecir mortalidad, los valores del área bajo las curvas ROC para el SNAPPE-II son: 0,68 (IC 95%:0,55-0,80) en T0; 0,62 (CI 95%: 0,43-0,81) en

T1; 0,72 (IC 95%: 0,54-0,90) en T2. La curvas ROC para el ITM son: 0,67 (IC 95%: 0,54-0,82) en T0; 0,71 (IC 95%: 0,52-0,89) en T1; 0,78 (IC 95%: 0,62-0,94) en T2. No hay diferencias estadísticamente significativas utilizando el método de Hanley y McNeil para curvas relacionadas ($p=0,8$ en T0; $p=0,5$ en T1; $p=0,6$ en T2).

Conclusiones: No se observan diferencias estadísticamente significativas entre el rendimiento diagnóstico del SNAP-PE-II y el del ITM. El rendimiento diagnóstico como indicador de mortalidad de ambos índices está por debajo del 80% lo que puede limitar su utilidad.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Cambios técnicos en la cirugía toracoscópica de la atresia de esófago con fístula traqueoesofágica.** I. Cano, A. García, M. López, R. Tejedor, E. Portela, S. Fuentes, C. Moreno, M.I. Benavent. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital 12 de Octubre. Madrid. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital 12 de Octubre. Madrid. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivo: Mediante el análisis de nuestra serie y la revisión de la hasta ahora escasa bibliografía existente, intentamos definir el grupo de pacientes con atresia de esófago y fístula traqueoesofágica (AE-FTE) susceptibles de tratamiento toracoscópico. Exponer las dificultades encontradas en el desarrollo de la técnica y así mismo discutir las ventajas y/o desventajas asociadas a la misma.

Material y métodos: Revisamos de forma retrospectiva las historias de los 16 pacientes con AE-FTE, intervenidos en nuestro servicio. Analizamos edad gestacional, peso y malformaciones asociadas. La técnica toracoscópica realizada y los cambios efectuados a lo largo de la serie. Se recogen las complicaciones intraoperatorias y reconversiones, y también el tratamiento postoperatorio y complicaciones surgidas.

Resultados: La edad media gestacional de los pacientes intervenidos fue de 37 semanas, con pesos entre 2.200 y 3.300 gramos. Existieron malformaciones asociadas en 5 casos. La intervención se realizó por término medio a las 48 horas de vida del paciente. Se reconvirtieron a vía abierta 3 pacientes. Las causas fueron, imposibilidad de colapso pulmonar, excesiva tensión en la sutura y la existencia de una subclavia derecha aberrante respectivamente. De las 13 intervenciones completadas, tuvimos algún tipo de complicación postoperatoria en 4 pacientes (4 casos de estenosis esofágica, existiendo en dos de ellos además dehiscencia y refistulización).

Conclusiones: Nuestra experiencia nos indica que en momento actual existen dificultades para generalizar el tratamiento toracoscópico para todos los pacientes con atresia de esófago, sin embargo esta es una técnica que debe aplicarse de forma seleccionada en centros en los cuales se realicen técnicas de cmI avanzada.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **¿Cuándo es mejor cerrar la enterostomía en prematuros con enterocolitis necrosante?** R. Aguilar, S. Barrena, F. Hernández, L. Lassaletta, J.A. Tovar. *Hospital Infantil La Paz. Madrid.*

Objetivo: Revisar las complicaciones del cierre de enterostomía usada en el tratamiento de la enterocolitis necrosante (ECN) con el fin de precisar el momento más oportuno para esta operación.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes ($p < 1.500$ g con ECN y en quienes se cerró la ostomía en los últimos 7 años, divididos en dos grupos: CP (cierre por buena evolución) y CC (cierre adelantado por complicaciones).

Resultados: De de 37 p tratados quirúrgicamente por ECN se incluyeron 16 (64%) del grupo CC y 9 (36%) del CP. La edad al cierre fue respectivamente de $129 \pm 65,4$ vs $204,1 \pm 121,1$ días ($p < 0,05$). El peso en el momento del cierre fue de $2.665,72 \pm 841,38$ vs $4.665,56 \pm 2.076,51$ g ($p < 0,05$), el tiempo medio con el estoma fue de $105,4 \pm 64,7$ vs $187 \pm 116,9$ d ($p < 0,05$), y la ganancia ponderal fue de $1.779,25 \pm 859,9$ vs $3.693 \pm 2.155,44$ g ($p < 0,05$). Tras el cierre de estoma, 7/16 (43%) pacientes del grupo CC y 2/9 (22%) del grupo CP necesitaron nueva laparotomía por complicaciones graves (ns). En cuatro de ellos, 3 del grupo CC y 1 del grupo CP se hizo una nueva enterostomía que se cerró de forma diferida.

Conclusiones: En pacientes con complicaciones relacionadas con la enterostomía, su cierre fue ser más precoz y en peores condiciones nutritivas. Complicaciones graves tras el cierre de la enterostomía obligaron a laparotomía en el 43% de los p del grupo CC y en el 22% de los del grupo CP. La tendencia es indicativa de un mayor riesgo en los últimos.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Resultados de la utilización de antirreflujo laparoscópico para la prevención de los episodios de apnea, bradicardia y desaturación.** V. Marijuan, V. Ibáñez, J.J. Vila Carbó. *Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

Objetivo: A pesar de que su exacta etiología sigue siendo un misterio, son muchos los centros que relacionan los ALTE. Comprobar la eficacia de tratamiento quirúrgico de los pacientes con apnea, bradicardia y desaturación o Apparent Life-Threatening Events (ALTE) y enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

Material y métodos: El periodo de estudio: 2000-7. Se recogieron los datos pre, intra y post operatorios, así como el seguimiento clínico de todos los pacientes. El protocolo de estudio incluyó la realización de estudio baritado con técnica de sifonaje, pHmetría y endoscopia laríngea, digestiva y bronquial. Los 15 pacientes se les realizó técnica antirreflujo (Nissen o Dor) mediante abordaje laparoscópico.

Resultados: La mediana de la edad gestacional fue de 32 semanas. (rango 32-37). El peso medio al nacimiento de 1.800 g. La edad media en que se realizó la cirugía fue de 217 días (rango 63-410). Todos los pacientes remitidos para fundupli-

catura habían sufrido tres o más episodios de ALTE y llevaban tratamiento médico antirreflujo. La media de seguimiento clínico fue de 1.258 días. Dos de los 15 pacientes intervenidos sufrieron recurrencia del ALTE tras la intervención. La morbilidad derivada del procedimiento quirúrgico fue nula.

Conclusiones: Los resultados observados en este estudio sugieren que en los pacientes con ALTE en los que se evidencia o se sospecha ERGE, la funduplicatura laparoscópica puede ser un método efectivo e incluso eficaz para la recurrencia de los episodios de ALTE, que en nuestras manos ofrece una morbilidad nula.

Forma de presentación: Oral 3 min.

COMUNICACIONES ORALES VI: CIRUGÍA TORÁCICA

- **Lobectomía por toracosopia en pediatría. Nuestra casuística y nuevas perspectivas de tratamiento.** L.F. Ibáñez Cerrato, H. Allal, M.D. Argos, M. Tirado Pascual. *Hospital Materno-Infantil Carlos Haya. Málaga.*

Objetivo: Las malformaciones pulmonares en el niño son un espectro anatómico-clínico diferenciado. Tanto la malformación adenomatoide quística como el secuestro pulmonar producen una amplia gama de síntomas, desde las formas asintomáticas hasta las más graves, y su manejo permanece controvertido. Asimismo, en los últimos años han aparecido trabajos que muestran la realización adecuada de esta cirugía mediante toracosopia, siendo una alternativa a la cirugía tradicional. En este trabajo analizamos nuestra experiencia en la realización de lobectomías por toracosopia, que demuestra ser una técnica segura y con menos complicaciones que por toracotomía.

Material y métodos: Durante los años 2004-2008 se realizaron lobectomías en seis pacientes, con edades comprendidas entre 1 semana y 15 años. Los diagnósticos eran MAC (malformación adenomatoide quística) en 4 casos, asociado a secuestro pulmonar en 1 caso, quiste broncogénico en 1 caso, y aspergiloma cavitario en 1 caso.

Resultados: Se realizaron 5 lobectomías inferiores y una lobectomía media. En 2 casos los pacientes presentaban sintomatología antes de la intervención, estando los 4 restantes asintomáticos. En todos los casos se realizó toracosopia mediante 3-4 puertos de 3-5 mm, sin realizarse mini-toracotomía en ningún caso. No hubo complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias en ningún caso. En todos los pacientes se colocaron 2 drenaje torácicos, siendo retirados a los 3-4 días. La estancia hospitalaria fue de 5 días, excepto en un caso de 6 días.

Conclusiones: En este trabajo se confirma la lobectomía por toracosopia como una técnica segura y con menos complicaciones y comorbilidad que por toracotomía. Asimismo, sugerimos nuevas aplicaciones.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Simpatectomía torascópica como tratamiento de elección de la hiperhidrosis severa en niños.** M. Curbelo Rodríguez, C. Barceló Cañelles, C. Marhuenda Irastorza, G. Guillén Burrieza, J. Lloret Roca, V. Martínez Ibáñez. *Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivo: Evaluar el resultado, complicaciones y grado de satisfacción de pacientes sometidos a simpatectomía torácica (ST) por hiperhidrosis palmoplantar (HPP) y/o palmoplantoxilar (HPPA) severa.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 18 ST incluyendo la valoración telefónica de la satisfacción a largo plazo. Análisis de resultados mediante SPSS

Resultados: El 66,6% presentaba HPP y el 33,3% HPPA. El 22,2% había utilizado toallitas secantes previamente y ninguno toxina botulínica. Se realizó ST a nivel de T3 en el 66,7%. Ningún paciente requirió drenaje torácico postquirúrgico y en todos desapareció la sudoración en el postoperatorio inmediato. El 100% presentó dolor pleurítico postquirúrgico que desapareció a las 24 horas y el 33% neumotórax apical residual sin trascendencia clínica. El 55,5% recibió el alta a las 12 horas y el 44,4% a las 24. El tiempo medio transcurrido desde la cirugía hasta la encuesta: 4,06 años. Apareció sudoración compensatoria en el 44,4%. Aún así, el 55,5% afirma tener mucha mejor calidad de vida, un 22,2% algo mejor, un 11,1% está igual y sólo el 11,1% está peor. El 77,8% aconsejaría la intervención a otro niño con la misma patología.

Conclusiones: La ST es eficaz, segura y presenta escasas complicaciones que, además, son poco relevantes. La incidencia de sudoración compensatoria es del 44%, algo menor que la descrita en la literatura y su presencia no compromete la calidad de vida. Por su eficacia, seguridad y alto grado de satisfacción del paciente, la ST constituye el tratamiento de elección en la HPP y/o HPPA severa.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Neumonectomía en niños.** S. Barrena, M. Miguel, R. Aguilar, A. Queizán, A. Fernández, F. Fernández, F. Martínez, L. Lassaletta, M. López-Santamaría, J.A. Tovar. *Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Objetivo: La neumonectomía es raramente necesaria en niños y sus consecuencias son mal conocidas. El objetivo de nuestro estudio es la evaluación a largo plazo de los pacientes neumonectomizados en nuestro centro.

Material y métodos: Revisamos retrospectivamente los pacientes neumonectomizados entre 1986 y 2008 recogiendo datos sobre la causa, edad, supervivencia, función respiratoria y escoliosis.

Resultados: Encontramos 10 pacientes neumonectomizados (varón: mujer 1,5:1) con una edad media de 102 ± 66 meses. La causa más frecuente fueron las bronquiectasias (4, 1 con

fibrosis quística) seguidas de tumores (1 carcinoide bronquial, 1 pseudotumor inflamatorio, 1 metástasis de osteosarcoma, 1 PNET pulmonar) y 2 malformativas (1 secuestro pulmonar, 1 enfisema lobar congénito). Sólo un paciente presentó un sangrado postoperatorio que requirió una nueva toracotomía y ninguno presentó síndrome post-neumonectomía. La supervivencia global fue del 90%. Los pacientes con bronquiectasias han mejorado y los pacientes con tumores están libres de la enfermedad. Sólo uno falleció (paciente con fibrosis quística). 4/10 pacientes sufre escoliosis leve excepto uno debido a una fusión costal malformativa, que es severa. La función respiratoria está bien conservada tras la cirugía con un FVC del 58% (40-70%), un FEV1 del 60% (47-84%) y un FVE1%FVC de 92% (87-98%) del valor teórico pasa su talla y peso.

Conclusiones: La neumonectomía en niños es rara vez necesaria, pero cuando se hace no afecta a la supervivencia global de los pacientes manteniéndose una adecuada función respiratoria.

Forma de presentación: Poster.

- **Neumonía necrotizante, operar o esperar?** E. Hernández Anselmi, J. González Piñera, Y. Argumosa Salazar, M.S. Fernández Córdoba, C. Medina Monzón*, E. Gil Pons*. *Servicio de Cirugía Pediátrica y *Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

Objetivo: La neumonía necrotizante se caracteriza por evolución tórpida a pesar de tratamiento antibiótico correcto y adecuado manejo del derrame pleural. Puede complicarse con una fístula broncopleurales, sobre todo tras un tratamiento agresivo del empiema. Nuestro objetivo es hacer hincapié en un cambio de actitud terapéutica hacia un manejo conservador, evitando la yatrogenia derivada de intervenciones innecesarias.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una serie de 4 pacientes diagnosticados en nuestro centro entre los años 2001 y 2008.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 2,5 años (rango: 2-3), con predominio en el sexo masculino (3:1). En tres casos se identificó como agente causal al *Streptococcus pneumoniae* (dos habían recibido la vacuna antineumocócica) En todos los casos hubo afectación de dos o más lóbulos pulmonares con derrame pleural asociado. Una paciente desarrolló una fístula broncopleurales de alto flujo que se resolvió espontáneamente con drenaje torácico tras dos intentos infructuosos de sellado con adhesivo de fibrina. Se realizó toracotomía en tres pacientes por fiebre persistente a pesar de una adecuada evacuación del empiema, desbridamiento del tejido necrótico pulmonar y decorticación pleural, con mejoría progresiva. Al cabo de tres meses se objetivó expansión pulmonar completa con mínimos cambios residuales en todos los pacientes.

Conclusiones: Aunque clásicamente los pacientes con neumonía necrotizante han sido candidatos a cirugía, actualmente tendemos a un manejo conservador, dada la gran capacidad regenerativa de los órganos en la edad pediátrica que per-

mite la curación completa con restituo ad integrum del parénquima y la función pulmonar.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Endoprótesis esofágicas. Una alternativa a las dilataciones esofágicas.** J.C. De Agustín, A. Gracia, C. García Vallés, R. Granero, I. Tuduri, J. Morcillo, D. Aspiazu. *Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Pediátrica. H. Infantil, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: Las estenosis esofágicas secundarias a causticaciones requieren dilataciones esofágicas repetidas. El propósito de este trabajo es el de mostrar nuestra experiencia reciente con el uso de endoprótesis autoexpandibles de nitinol en niños.

Material y métodos: Durante 2007 y 2008 hemos tratado a tres pacientes con estenosis resistentes a tratamiento convencional. Mostramos la técnica, valoramos las complicaciones y evaluamos el resultado final.

Resultados: Se trata de dos mujeres y un varón. 1) varón de 2 años de edad que sufrió una causticación por NaOH. Desarrolló una estenosis de toda la longitud esofágica. En noviembre de 2007 se le colocaron tres endoprótesis (60x16, 60x16, 40x16). Sin embargo dos estenosis residuales, una muy proximal y otra en cardias requirieron posteriores dilataciones. Caso 2: niña de 4 años con una estenosis del tercio medio que nos es referida un año después de la causticación. Se coloca una endoprótesis de 14x40 mm durante dos meses. Tras su extracción es necesario realizar una dilatación más debida al tejido de granulación residual. Un año después el buen resultado perdura. Caso 3: niña de 18 meses intervenida de atresia esofágica, con estenosis pertinaz. Tras 12 meses de dilataciones repetidas colocamos una endoprótesis (14x40 mm). Buen resultado tras dos meses de su retirada.

Conclusiones: El tratamiento de las estenosis esofágicas de larga duración con endoprótesis autoexpandibles de nitinol ha sido eficaz en nuestros casos. En el caso más grave ha permitido vencer la estenosis cicatricial y conservar el esófago. Su uso puede ser beneficioso en pacientes con estenosis esofágicas resistentes al tratamiento convencional.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Valoración de los resultados a largo plazo del tratamiento quirúrgico de la hiperhidrosis palmar.** A. Lain, M.A. García-Casillas, J.A. Matute, M. Fanjul, C. Corona, A. Tardaguila. *Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivo: El objetivo de nuestro estudio fue valorar el grado de satisfacción a largo de plazo de los pacientes pediátricos tratados en nuestro centro.

Material y métodos: Estudiamos retrospectivamente los pacientes controlados y tratados en los últimos 4 años (segu-

miento medio 26,5 meses) asociando una encuesta telefónica centrada en el grado de satisfacción, la eficacia, la sudoración compensatoria y cambios en calidad de vida.

Resultados: Se revisaron un total de 6 pacientes (4 niñas, 2 niños), edad media 12,8 años (8-18 años). La simpatectomía toracoscópica se realizó a nivel de T2 o T3 asociado a T4 en 1 de los casos. Como única complicación postoperatoria se observó una disestesia de extremidad superior que cedió espontáneamente. Los pacientes refirieron desaparición total de la sudoración palmar. Sólo 1 caso presentaba sudoración residual leve en región tenar. En cambio persistía la sudoración plantar en 5 pacientes (3 leve, 2 moderado). El 50% observó sudoración compensatoria (en espalda de grado moderado en 2, y en muslos de mayor grado en 1). Sólo a este último paciente la sudoración compensatoria le afectaba en su vida diaria. Los pacientes en los que la simpatectomía había afectado a más de 1 ganglio referían mayor sudoración. Todos describían una ganancia en calidad de vida muy importante, tanto social como en rendimiento escolar, estando muy satisfechos con los resultados y sin arrepentirse de la intervención.

Conclusiones: Dado que la hiperhidrosis palmar no es una patología que mejore espontáneamente y el tratamiento quirúrgico tiene mínimas complicaciones no creemos necesario posponer el tratamiento quirúrgico en pacientes pediátricos.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Escoliosis tras toracotomía.** A. Lain, A. García, M. Fanjul, C. Corona, A. Tardaguila, J. Cerda, O. Riquelme, J.L. González. *Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivo: La escoliosis es una complicación conocida tras una toracotomía posterolateral. Realizamos un estudio de los pacientes intervenidos en nuestro centro en edad pediátrica.

Material y métodos: Se revisaron las historias clínicas y las radiografías de los pacientes intervenidos a través de una toracotomía posterolateral entre enero 1990 y diciembre 2005 (519). Ninguno presentaba una escoliosis de 10 grados o más previa la toracotomía. Pacientes con anomalías vertebrales congénitas se excluyeron. Se analizaron: grado de escoliosis (Cobb, Risser), morfología de la curva relacionado con lado de toracotomía, complicaciones y patología de base.

Resultados: El tiempo medio entre la toracotomía y consulta ortopédica fue 4,25 años acudiendo 43 pacientes por escoliosis. 21 casos presentaban curvas entre 10-20°, 15 20°-30°, y 3 entre 30-40. 4 pacientes alcanzaban curvas de 40° o mayores. Los niños con grado de Risser de 0-1-2 y deformidades espinales de $\leq 25^\circ$ se trataron con corsés. Cinco precisaron cirugía correctora (2 artrodesis posteriores, 3 dispositivos de crecimiento tipo VEPTR); pacientes con curvas mayores de 40° y un 1 con síndrome de insuficiencia respiratoria. El grado de Cobb medio preoperatorio era 54,2° (32°-71°), el grado postoperatorio medio 34,2° (22°-48°).

Conclusiones: La morfología de la curva escoliótica depende de la cirugía previa. Curvas más severas se observan en

pacientes con reintervenciones, infecciones locales o resecciones extensas. Las indicaciones quirúrgicas depende de las deformidades espinales y del síndrome de insuficiencia torácico.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Lobectomía pulmonar toracoscópica: experiencia inicial.** X. Tarrado, M. Castañón, M. Olivares, B. García-Núñez, M. Vancells, E. Muñoz, J.M. Ribó. *Hospital Sant Joan de Déu. Agrupació Sanitària Sant Joan de Déu-Clínic. Barcelona*

Objetivo: Analizar nuestra experiencia inicial en el tratamiento de malformaciones pulmonares mediante lobectomía toracoscópica.

Material y métodos: Hemos revisado las historias clínicas de nuestros primeros 4 casos de lobectomía toracoscópica realizadas en el último año.

Resultados: Se han realizado 4 lobectomías toracoscópicas en 4 pacientes varones con una edad media de 18 meses (6 m-4 años). Por localización se realizaron: 2 lobectomías inferiores (derecha e izquierda), una lobectomía superior derecha y una lobectomía superior izquierda con preservación lingular. La patología de base fue la malformación adenomatoidea quística en tres casos (uno de ellos asociado a un secuestro intralobar) y un enfisema lobar por atresia bronquial. Se utilizó una intubación selectiva en tres casos y una intubación traqueal con bloqueador bronquial en un caso. El tiempo operatorio medio fue de 200' (180-250'). No se registraron complicaciones intra ni postoperatorias. Ninguno de los pacientes requirió transfusión sanguínea. El tiempo medio de drenaje fue de 3,5 días (3-4 d) y la estancia media de 4 días. Con un seguimiento medio de 5 meses (1 m-9 m) todos los pacientes permanecen asintomáticos.

Conclusiones: La vía toracoscópica para la lobectomía pulmonar es un abordaje efectivo y seguro para el tratamiento de la patología pulmonar congénita. Son esenciales para su realización un buen manejo anestésico, un instrumental adecuado al tamaño del niño y una disección cuidadosa de las estructuras brocovasculares. Las ventajas propias de la cirugía de mínimo acceso junto a la mejora y miniaturización del instrumental y de los dispositivos para la hemostasia sin duda favorecerán su implantación progresiva.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Nuevo método de localización exacta de metástasis pulmonares con resección atípica por toracoscopia.** L. Mangas, M. Couselo, J. Gómez-Chacón, J. Cortés, J.J. Vila Carbó, C. García-Sala. *Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

Objetivo: La localización de las metástasis pulmonares puede ser difícil por su tamaño, incluso por palpación directa, aumentando si se usa la toracoscopia. Presentamos un nue-

vo procedimiento, utilizado hasta ahora para marcar lesiones mamarias, que permite el marcaje de las metástasis pulmonares facilitando la posterior resección mediante toracoscopia.

Material y métodos: Presentamos dos pacientes de 14 y 10 años, hembra y varón, con antecedentes de hepatoblastoma mas trasplante hepático y carcinoma suprarrenal que a los 2 años y medio y tras el primer control postquirúrgico se detectan lesiones pulmonares sospechosas de metástasis. El procedimiento consistió en la realización de una tomografía axial computarizada (TAC) bajo anestesia general, que permitió localizar topográficamente cada lesión y su posterior marcaje mediante punción directa con aguja-arpón (juego de localización DUO-sistema Somatex) e hilo conductor. Con otro corte de TAC se comprueba su correcta ubicación. Seguidamente se traslada el paciente a quirófano para la resección toracoscópica de las lesiones guiadas por el hilo conductor.

Resultados: La técnica de marcaje se ejecutó fácilmente y sin complicaciones, resultando muy eficaz en la localización de las lesiones. La resección fue toracoscópica. El seguimiento del hilo conductor hasta la lesión permitió la resección completa de forma eficaz y sencilla, respetando el margen de seguridad establecido para este tipo de lesiones. Ambos casos evolucionaron sin complicaciones.

Conclusiones: Creemos que esta técnica es un método sencillo y eficaz para la localización de las lesiones pulmonares, en nuestras manos exenta de complicaciones, que además facilita la resección de las mismas por vía toracoscópica.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Cierre quirúrgico del conducto arterioso en el pretérmino extremo o muy extremo.** E. Blesa Sánchez, C. Moreno Hurtado, M. Ramírez Arenas, E. Enríquez Zarabozo, R. Ayuso Velasco. *Hospital Universitario Materno Infantil. SES. UEX. Grupo de Investigación en Pediatría PAIDOS (CTS 019).*

Objetivo: El cierre quirúrgico del conducto arterioso en pretérminos extremos o muy extremos presenta dificultades, tanto por su anestesia e intervención como por las circunstancias clínicas que suelen acompañarle. Revisamos nuestra experiencia con el objeto de conocer los factores que más han contribuido a los resultados obtenidos.

Material y métodos: En todos los pacientes revisados valoramos: edad gestacional; peso al nacimiento; tratamiento farmacológico; cierre quirúrgico; incidencia de displasia broncopulmonar, insuficiencia renal y enterocolitis necrosante; tiempo de ingreso; mortalidad y sus causas.

Resultados: Constituyen la muestra 26 prematuros de edad gestacional media de 26,24 semanas y peso medio de 885 g. Se trataron con Indometacina 22, a una edad media de 7 días y mediante ligadura quirúrgica todos, a una edad media de 19 días (5-50). 10 pacientes sufrieron Displasia Broncopulmonar, operados a una media de 28 días de vida. 7 Insuficiencia Renal, en 5 tras tratamiento farmacológico. 6 tuvieron Enterocolitis

Necrosante. 7 fallecieron (27%), 3 por prematuridad y gravedad preoperatorias extremas, 2 por cardiopatía severa asociada y 2 por enterocolitis necrosante.

Conclusiones: La ligadura quirúrgica del conducto arterioso en estos pacientes es bien tolerada, sobre todo si se optimiza su atención para evitar la displasia broncopulmonar, insuficiencia renal y enterocolitis necrosante. La mortalidad en nuestra serie no es muy diferente de la aportada para el total de pretérminos de edad gestacional y peso al nacimiento similares, independientemente de su patología.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Presentación de la página web 'PectusForum.com'.** L. Bento. *Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

Esta página web ha sido creada y financiada por una fundación privada. En esta pequeña comunicación queremos hacer la presentación oficial en el ámbito del Congreso nacional de Cirugía Pediátrica. Se trata de una página informativa relacionada con las malformaciones de la pared torácica anterior con amplia información sobre estas deformidades, asesoría médico-quirúrgica, psicológica, foro de pacientes y familiares e información general sobre el manejo de esta patología. Es una página abierta a quien quiera colaborar, con el ánimo de dar a conocer esta patología dentro de la comunidad pediátrica y en el seno de la sociedad en general.

Forma de presentación: Oral 5 min.

PRESENTACIÓN DE VIDEOS SELECCIONADOS

- **Nuevo diseño de la plastia cutánea para el hipospadias proximal grave con transposición peno-escrotal.** M. Castañón, J. Prat, F. Cáceres, E. Muñoz, L. Saura, J.M. Ribó. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

Objetivo: Los hipospadias presentan un defecto de fusión ventral de los pliegues uretrales (mediales y laterales), de tal manera que no se forma tejido cutáneo ventral. Nos proponemos enseñar el diseño de las incisiones cutáneas en los hipospadias graves que proporciona el máximo tejido para la uretroplastia, recubrimiento peneano y escrotoplastia.

Material y métodos: Antes del 2005 nuestras incisiones cutáneas venían determinadas por el tipo de uretroplastia que previamente habíamos decidido realizar (a cada tipo de uretroplastia le correspondía un determinado patrón de incisión). Después del 2005 diseñamos las incisiones cutáneas siguiendo las líneas que marcan los bordes de los pliegues peno-prepuciales. Hemos observado que cada hipospadias sigue su propio patrón de incisiones. Sólo cuando hemos separado completamente el prepucio y la piel del tronco del pene (llegando hasta el pubis y rebordeando el escroto en los casos de transposición) dise-

ñamos la uretroplastia, normalmente un colgajo tubularizado tipo Duckett ó tipo Onlay.

Resultados: Desde 1997 a 2005 hemos operado 22 hipopadias proximales con transposición; 5/22 necesitaron una escrotoplastia posterior. Desde 2005, hemos operado 16 pacientes similares: uno presentó una necrosis del colgajo, los otros 15 obtuvieron buen resultado en una sola cirugía, con el pene localizado fuera del escroto.

Conclusiones: Diseñar las incisiones cutáneas siguiendo las líneas que se dibujan en la piel peno-escrotal optimiza el resultado estético y evita escrotoplastias posteriores incluso en los casos con transposición.

Forma de presentación: Video.

- **Resección laparoscópica del utrículo prostático en niños.** S. Barrena, R. Aguilar, M.J. Martínez Urrutia, P. Olivares, R. Lobato, P. López Pereira, E. Jaureguizar. *Servicio de Urología Infantil. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivo: El utrículo prostático consiste en una regresión incompleta de las estructuras Mülllerianas. Puede presentar varios signos y síntomas como incontinencia e infecciones del tracto urinario. Presentamos nuestra experiencia personal en la extirpación laparoscópica del utrículo prostático en pacientes con sintomatología de ITU e incontinencia.

Material y métodos: La cirugía consiste en una cistouretroscopia y canalización del utrículo con colocación de sonda de Fogarty nº 4 o del cistoscopio en el interior, si éste atraviesa el orificio. Esta maniobra ayuda a la localización. La laparoscopia se lleva a cabo con 1 trocar de 10 mm y dos de 5 mm. Gracias a la trasiluminación la localización es más sencilla. La resección se realiza con electrocoagulación y extirpación tras puntos transfixivos.

Resultados: Se operaron 5 varones con una media de edad de 9,5 (5-16) años. En todos el resultado fue satisfactorio excepto uno que hubo que reconvertir a cirugía abierta por sangrado. La media de duración fue de 165 (120-240) min.

Conclusiones: La exéresis laparoscópica es una vía de abordaje mínimamente invasiva y ayuda de la cistoscopia ofrece una buena visualización y una disección segura del utrículo prostático.

Forma de presentación: Video.

- **Formación en endourología. Aprendizaje en modelo animal.** F. Soria, I.M. Delgado, M. Pamplona, J. Usón, F.M. Sánchez. *Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón. Cáceres.*

Objetivo: El objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia del modelo porcino en el entrenamiento en técnicas endouroológicas avanzadas, tanto mediante abordaje anterógrado como retrógrado.

Material y métodos: Empleamos la especie porcina como modelo animal. Mostramos una primera fase de formación que comprende el abordaje ureteroscópico retrogrado de la vía urinaria superior con el manejo de diferentes guías. Otras prácticas son la retirada de catéteres ureterales migrados, de endoureterotomía y prácticas de endolitotricia. Una vez cateterizada la pelvis renal procedemos a iniciar las prácticas bajo control fluoroscópico para ello previamente se han realizado modelos de estenosis ureteral y de obstrucción de la upu permitiendo la practica de la dilatación con balón y la endopielotomía (con balón de corte con diatermia). El modelo animal porcino permite el abordaje anterógrado, para practicar las mismas técnicas ensayadas por vía transuretral. Finalmente se completan prácticas de liberación de catéteres doble jota y de stents metálicos.

Resultados: El 80% de los alumnos confirman que han avanzado mucho con este entrenamiento, un 16% regular y un 4% que poco. El 89% considera que tras realizar esta actividad de formación se encontrarían capacitados para llevar estas técnicas. El 96% recomendaría esta actividad a sus compañeros.

Conclusiones: Consideramos que tras nuestra experiencia en formación (8 cursos nacionales), la especie porcina permite un aprendizaje en técnicas endouroológicas muy adecuado y que sirve de apoyo para disminuir la curva de aprendizaje en los primeros estadios de aprendizaje. Con esta metodología es posible disminuir la curva de aprendizaje y reducir la iatrogenia en las primeras fases.

Forma de presentación: Video.

- **Complicación laparoscópica muy grave con final feliz. Más vale prevenir que curar.** R. Beltrà Picó, J.C. Durán, M. Díaz Zamora, A. Calderín Ortega. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Servicio de Cirugía Vascul. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria.*

Objetivo: Compartir con todos la experiencia de afrontar una de la más graves complicaciones laparoscópicas que pueden acaecer en el niño: la perforación de la aorta abdominal.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de un niño de 11 años de edad a quien se inició procedimiento laparoscópico para apendicectomía. Se introduce primer trocar umbilical, produciéndose una hemorragia masiva. Se practicó laparotomía media y se detuvo la hemorragia por presión directa sobre el área de la aorta. Se comprueba laceración anterior de la misma, reparándose mediante técnicas convencionales de cirugía vascular. A los pocos días, y en control mediante TAC digital con reconstrucción tridimensional, se descubre un pseudoaneurisma en cara postero-lateral derecha de la aorta, a nivel de la lesión primitiva. Se interviene quirúrgicamente y a través de aortotomía anterior se ocluye la entrada del pseudoaneurisma, producido por lesión de la íntima y media de la pared posterior, estando preservada sólo la adventicia.

Resultados: La recuperación anatómica y funcional posterior fue muy satisfactoria, encontrándose en controles periódicos rutinarios y sin complicaciones.

Conclusiones: Presentamos las imágenes del caso, con recreación digital de las mismas, y analizamos cuales pudieron ser las causas desencadenantes del accidente, y deducir de ellas las medidas de prevención para intentar conseguir que nada similar vuelva a ocurrir. Afortunadamente, su presentación es casi excepcional, o al menos su comunicación, habiendo podido encontrar sólo un caso descrito en la literatura mundial. Creemos que, además, el informar de los acontecimientos adversos ayuda a los cirujanos a reducirlos e incrementar el nivel de atención.

Forma de presentación: Video.

- **Separación de gemelas siamesas onfalópagas.** R. Granero Cendón, I. Tuduri Limousin, C. García Vallés, E. Gómez González, J. Márquez Rivas, T. Gómez Cía, J.C. De Agustín Asensio. *Servicios de Cirugía Pediátrica, Plástica y Neurocirugía, Hospital Infantil, HHUU Virgen del Rocío y Dept. Física, Universidad de Sevilla.*

Objetivo: Presentamos un video de dos gemelas siamesas, de 1 día de vida, trasladadas desde Marruecos para valoración quirúrgica.

Material y métodos: A su ingreso: Buen estado general, coloración normal. La unión de las gemelas es a nivel abdominal, desde apéndice xifoides hasta pubis. El resto de la exploración por aparatos y sistemas no muestra hallazgos de interés. Se realizan estudios complementarios previos a la separación de las dos pacientes: Radiografía de tórax: unión de ambas siamesas, sin evidenciar otra alteración significativa. Ecografía abdominal: normal. TAC de abdomen con contraste: fusión hepática a través de lóbulos izquierdo de la gemela A y del derecho de la gemela B. Tránsito intestinal: aparato digestivo independiente en cada una de las niñas. Planteamos la separación de ambas gemelas con la colaboración del Servicio de Cirugía Plástica y gracias al programa creado en nuestro Centro, VIRSSPA, nos permitió ensayar la intervención antes de realizarla, desarrollándose ésta con éxito.

Resultados: Mostramos las imágenes de esta nueva tecnología y los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica.

Conclusiones: Ante un caso de gemelos siameses es importante realizar un enfoque multidisciplinar para asegurar el éxito de la cirugía

Forma de presentación: Video.

- **Utilización de un nuevo set de gastrostomía endoscópica percutánea.** DA Aspiazu, A Gracia, I Tuduri, J Morcillo, R Granero, JC de Agustín. *Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: Demostrar visualmente la aplicación de un nuevo set de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) basado

en la técnica de Seldinger. Analizar las ventajas de este nuevo método comparado con el tradicionalmente utilizado.

Material y métodos: Se presenta un vídeo en el cual se utiliza el nuevo método en un paciente de 2 años con diagnóstico de síndrome de West el cual presenta imposibilidad de alimentación vía oral por lo que requiere de nutrición por sonda nasogástrica.

Resultados: Se realizó el procedimiento quirúrgico utilizando el nuevo set asistido vía endoscópica, el cual en su primer paso fija el estómago a la pared abdominal permitiendo introducir un sistema de botón de gastrostomía con válvula mediante maniobras basadas en la técnica de Seldinger.

Conclusiones: Utilizando esta técnica se elimina el paso previo de colocación de sonda de gastrostomía, utilizando en primera instancia un artefacto con válvula, de menor longitud y a la medida del paciente. Se evita la retirada por tracción de la sonda a los 3 meses lo cual significa un procedimiento traumático o inclusive realizable sólo con anestesia general.

Forma de presentación: Video.

- **Rescate laparoscópico de hernia de Morgagni recidivada. La segunda oportunidad.** J. Pisón Chacón, A. Pérez Martínez, L. Ayuso González, A. Pérez Ocón*. *Servicio de Cirugía Pediátrica y *Pediatria. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

Objetivo: En cirugía laparoscópica, con frecuencia tendemos a simplificar el acto quirúrgico para reducir la complejidad y acortar los tiempos. No reproducimos los mismos pasos que realizaríamos en una cirugía abierta y esto puede conducir a un mayor número de complicaciones y recidivas

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 2 años afecto de síndrome de Down al que se diagnostica casualmente de una hernia de Morgagni. Se realiza un cierre laparoscópico del defecto con tres puertos de 5 mm, mediante puntos sueltos no reabsorbibles. Aunque el resultado inicial es muy satisfactorio, se produce una recidiva de la hernia 6 meses más tarde.

Resultados: Tras revisar el vídeo de la cirugía, descubrimos que el cierre del defecto se produjo parcialmente sobre peritoneo y no sobre un plano muscular firme. Tras planificar los pasos a seguir, se reinterviene de nuevo por vía laparoscópica, realizando una extirpación parcial del saco, esclerosis y aspiración del mismo y cierre del defecto con puntos sueltos transparietales ayudados por una aguja de Reverdin. Un año después de la cirugía el enfermo está asintomático y sin recidiva de su malformación.

Conclusiones: Es imprescindible la grabación de las intervenciones laparoscópicas para reconocer y valorar los errores técnicos cometidos. Podremos analizar las eventuales complicaciones y para aprender de ellas y corregirlas. En nuestra opinión, no debe realizarse en cirugía laparoscópica ningún acto que no llevaríamos a cabo en cirugía abierta

Forma de presentación: Video.

- **Resultados del trasplante renal de donante vivo en receptores pediátricos con injertos obtenidos por laparoscopia.** J. Morcillo Azcárate, R. Barrero Candau, M. Fernández Hurtado, J. Fijo López-Viota*, F. García Merino, J.C. de Agustín Asensio. *UGC Cirugía. *Unidad de Nefrología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: Analizar los resultados del trasplante renal de donante vivo relacionado (TDVR) en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los trasplantes renales pediátricos en nuestro centro entre diciembre de 2005 y 2008

Resultados: Se han realizado 34 trasplantes renales en receptores pediátricos, de los que 7 (20,58%) han sido TDVR con injertos obtenidos por vía laparoscópica. El donante fue la madre en 4 casos y el padre en tres. La edad media de los donantes fue de 43 años (38-48) y la de los receptores de 12,5 años (9-17). Cuatro fueron un primer trasplante (uno de ellos anticipado) y tres trasplantes. El tiempo de isquemia fría fue < 2 horas en todos los casos. El de isquemia caliente no mostró diferencias significativas con el trasplante de donante cadáver. Ninguno presentó disfunción inicial del injerto. No se produjeron complicaciones vasculares. Se produjo una fístula urinaria secundaria a necrosis ureteral resuelta con un nuevo reimplante. La supervivencia del paciente y del injerto es del 100%, superior a la de los injertos de cadáver del mismo periodo. La creatinina media plasmática actual es de 0,8 mg/dl (0,7-1,39) y el aclaramiento medio de creatinina es de 80 c.c./min/1,73 m² (75-90). Ninguno donante presentó complicación quirúrgica y todos mantienen buena función renal.

Conclusiones: Los resultados a corto plazo del TDVR con injertos obtenidos por laparoscopia en nuestro centro son similares a los descritos por grupos de gran experiencia, lo que permite continuar ofreciéndolo con garantía.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Pieloplastia laparoscópica. Nuestros primeros casos y primeras lecciones aprendidas.** L. García-Aparicio, X. Tarrado, J. Rodo, L. Krauel, M. Olivares, J. Rovira, J.M. Ribó. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Agrupació Sanitaria Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.*

Objetivo: Analizar la experiencia en nuestras primeras pieloplastias totalmente laparoscópicas entre 2007 y 2008

Material y métodos: Se realizó una pieloplastia desmembrada tutorizada tipo Anderson-Hynes laparoscópica transperitoneal. Se utilizaron trócars de 5 y 3 mm. Se ha medido el diámetro AP de la pelvis renal pre y postoperatoriamente y se ha realizado renograma al año de la cirugía

Resultados: 11 pacientes de edades comprendidas entre los 11 meses y 16 años. El estudio ecográfico prequirúrgico mostró una media del diámetro AP de la pelvis renal de 39 mm. El renograma isotópico mostró una curva obstructiva en 9 pacientes y parcialmente obstructiva en 2. Ninguna cirugía tuvo que ser reconvertida a cirugía abierta. El tiempo quirúrgico medio ha sido de 266 minutos (175-350), existiendo una diferencia significativa en los primeros pacientes con los últimos 4, 307 y 193 minutos respectivamente. En 9 pacientes se colocó un doble "J", en uno una nefrostomía tipo Mazeman, y en uno no se dejó tutor ureteral. No hubo complicaciones intraoperatorias. Se evidenció una fuga urinaria en el paciente en el cual no se dejó tutor. En todos los pacientes ha habido una disminución significativa de la media del diámetro AP de la pelvis renal (17 mm).

Conclusiones: A pesar que los tiempos quirúrgicos aún son elevados, la experiencia obtenida y la utilización de 4 trócars ha posibilitado disminuirlos de forma significativa. La colocación de un tutor transanastomótico es necesaria para evitar fugas. Finalmente pensamos que la laparoscopia se muestra como una técnica eficaz para la corrección de la EPU.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **¿Deben controlarse los riñones en herradura con anomalías urológicas asociadas?** D. Cabezalí Barbancho, A. Gómez Fraile, F. López Vázquez, R. Tejedor Sánchez, A. Aransay Bramtot. *Sección de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. H. Materno-Infantil 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivo: El riñón en herradura (RH) constituye la anomalía más frecuente dentro del grupo de las anomalías de fusión renal, con una incidencia variable según las series del 13 al 24%. Un 52% presentan anomalías urológicas asociadas. El objetivo de la comunicación es mostrar cuando deben ser tratadas.

Material y métodos: Hemos estudiado retrospectivamente los casos clínicos de 39 niños diagnosticados de RH y controlados en nuestro hospital en el periodo de 1990-2007. En cada caso hemos analizado los siguientes parámetros: sexo, edad al diagnóstico, tipo de anomalía asociada, tratamiento, complicaciones postoperatorias, resultados y tiempo de seguimiento

Resultados: Hubo un claro predominio de los niños con 32 casos. La edad media al diagnóstico fue de 3,3 años. 18 pacientes (46,1%) presentaron anomalías urológicas asociadas: 9 hidronefrosis, 6 reflujo vesico-ureterales y 3 duplicidades renales, precisando tratamiento quirúrgico el 55,5% de ellas (10 casos) Se efectuaron 6 pieloplastias, 2 tratamientos endoscópicos del reflujo, una heminefrectomía polar superior y una uréteroneocistostomía. 3 hidronefrosis y 3 reflujo se han seguido conservadoramente. La obstrucción de la unión pieloureteral se produjo por un vaso polar en cuatro casos (67%) No hubo complicaciones y actualmente están asintomáticos con un tiempo medio de evolución de 3,6 años.

Conclusiones: Todos los RH con anomalías urológicas asociadas debe controlarse ya que por encima del 50% son sub-

sidiarias de corrección quirúrgica. Las dilataciones renales obstructivas presentan una alta incidencia de vasos polares por lo que creemos aconsejable la necesidad de practicar un TAC helicoidal para descartar su presencia y planificar mejor la intervención.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Utilidad de la fijación de la vejiga al psoas (vejiga psoica) en el curso de una reimplantación ureteral. Revisión de 21 casos.** J. Rodó Salas, L. García Aparicio, L. Krauel, M. Olivares, J. Lerena, F. Cáceres. *Servicio de Cirugía Pediátrica, Sección de Urología. Hospital Sant Joan de Déu-Universidad de Barcelona.*

Objetivo: Revisar nuestra casuística de reimplante ureteral cuando, por cualquier circunstancia, el uréter distal ha sufrido un acortamiento.

Material y métodos: Entre 1983 y 2007, fueron tratados 21 pacientes (13 varones y 8 mujeres) que precisaron la fijación de la vejiga al psoas en el curso de un reimplante ureteral. Las edades oscilaron entre 5 meses y 16 años. La valoración preoperatoria incluyó urografía endovenosa, cistografía, estudio isotópico, cistoscopia y analítica general. Todos los pacientes habían tenido cirugía previa. Por Prune Belly (1 caso), VUP (1), megauréter obstructivo (6), ureterocele (3), reflujo (9) y extrofia vesical (1). El motivo de la intervención fue: desderivación urinaria en 3, corrección del reflujo persistente tras un reimplante en 13 y ureterohidronefrosis por estenosis del reimplante en 5. En 19 casos la vejiga se fijó al psoas y el reimplante ureteral fue tipo Leadbetter-Politano. En 2 pacientes ampliados se fijó la cistoplastia al psoas y el reimplante fue mediante túnel submucoso e inversión en puño de camisa del uréter terminal.

Resultados: El seguimiento medio fue de 5,3 años. El control demostró mejoría de la UIV y/o de la curva renográfica en todos los casos, y reflujo en 1 paciente.

Conclusiones: La fijación psoica de la vejiga constituye un eficaz recurso quirúrgico que permite suplir el defecto de uréter distal y reimplantarlo sin tensión. Esta técnica, asociada a la plastia de Boari, la transureteroureterostomía (TUU), el remodelaje, la nefropexia, la partición vesical, etc. ofrece gran versatilidad en sus aplicaciones.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Sustitución vesical total.** J. Rodó Joan Rodó, L. García Aparicio, L. Krauel, J. Lerena, J. Prat, X. Tarrado, M. Olivares. *Sección de Urología, Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. Barcelona.*

Objetivo: Presentar la experiencia en 3 pacientes en las fue necesario combinar técnicas de uso poco habitual para realizar una sustitución vesical completa.

Material y métodos: A una paciente de 5 años de edad, afecta de senourogenital y uréteres ectópicos a la cual se le había practicado una derivación urinaria tipo Bricker, se le construyó un reservorio vesical a partir del segmento intestinal de la ileostomía y de otro segmento de ileon adicional. Ambos segmentos fueron destubulizados y reconfigurados. Tras completar la neovejiga, a ésta se le anastomosó otro segmento ileal reconfigurado según la técnica de Yang-Monthi-Casale siguiendo el principio de Mitrofanoff. A otras 2 pacientes, de 6 y 8 años de edad, afectas de extrofia vesical que presentaban vejigas de desuso y derivaciones urinarias, el reservorio vesical se construyó a partir de un segmento ileal según la técnica de Studer. A éste se anastomosó la vejiga primitiva convertida en uretra.

Resultados: Tras 3, 2 y 13 años de seguimiento la evolución de las pacientes es satisfactoria. Vacían su vejiga mediante cateterismo intermitente y están secas, sus riñones no han sufrido deterioro y no presentan reflujo.

Conclusión: La ausencia de vejiga, funcional o física, no implica necesariamente la derivación urinaria externa, si se dispone del armamentario quirúrgico adecuado.

Forma de presentación: Oral 3 min

- **Vesicostomía con botón. Una nueva técnica de tratamiento en la vejiga hiperactiva.** E. Solórzano Rodríguez, M. Míeles Cerchar, C. Míguez Lago, M. García Mérida. *Servicio de Cirugía Pediátrica, Sección Urología. Hospital Materno Infantil, Málaga.*

Objetivo: El principal problema de la vejiga hiperactiva, como es ya conocido, es el riesgo de aparición de altas presiones de pérdida de líquido (PPL) en la misma, que, si superan los 40 cmH₂O, conllevan la probabilidad de aparición de fallo renal subsecuente. Hasta ahora, las opciones de tratamiento de dicha patología se circunscribían al sondaje limpio intermitente, o bien la realización de ostomías permanentes que garantizaran el vaciado vesical. El primero no siempre es posible, debido a características intrínsecas de los pacientes (obesidad mórbida en pacientes con vejiga neurógena), o por características sociales complejas de las familias de los mismos. Las segundas presentan entre otros inconvenientes, un gran impacto psicológico para el niño. Pretendemos sistematizar una nueva técnica de vesicostomía, mediante implantación de botón, en pacientes con vejiga neurógena.

Material y métodos: Presentamos dos casos realizados hasta el momento en nuestro hospital, mediante intervención en dos tiempos quirúrgicos, en el primero se realiza vesicostomía percutánea, dejando sonda durante 3-4 semanas. En un segundo tiempo, que podría ser realizado incluso bajo anestesia local, se realiza la colocación de botón de vesicostomía.

Resultados: Los dos pacientes a los que se les realizó vesicostomía con botón, presentaron mayor facilidad para realizar sondaje de forma autónoma, y una mejoría de las presiones vesicales de pérdida de líquido, así como de su calidad de vida.

Conclusiones: La vesicostomía con botón puede ser una buena opción terapéutica, definitiva o no, para pacientes con

vejiga neurógena y altas PPL, garantizando disminución de las mismas, y mejoría en su calidad de vida.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Estudio de la endoureterotomía como tratamiento del megauréter en modelo animal. Estudio preliminar.** F. Soria, M.I. Delgado, L.A. Rioja, M. Pamplona, C. García, C. Sevilla, A. López de Alda, J. Usón, F.M. Sánchez. *Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón. Cáceres.*

Objetivo: la valoración del abordaje endourológico en el tratamiento del megauréter obstructivo en un modelo animal de megauréter obstructivo.

Material y métodos: Empleamos 6 hembras de la especie porcina. Fase I, el modelo se completa vía laparoscópica, iniciándose con la disección del uréter yuxtavesical. Una vez completada se procede a la ligadura, disponiendo 2 ligaduras distanciadas 1 cm. Fase II, transcurridas 2 semanas se realiza el diagnóstico de la afección obstructiva. En esta misma fase se practica una endoureterotomía mediante botón coagulador. Tras la técnica se dispone un catéter doble jota 4.7 Fr durante 3 semanas. Transcurridos 5 meses del tratamiento procedemos al seguimiento (Fase III). Se realiza la medición del diámetro del uréter yuxtavesical en las Fases I, II y III. El éxito del tratamiento se evalúa mediante la valoración nefrosonográfica, evolución del diámetro en la zona de estudio (0-fracaso; 1-satisfactorio; 2-muy satisfactorio).

Resultados: Tras la evaluación ultrasonográfica y del diámetro ureteral determinamos que el porcentaje de éxito tras el tratamiento es de un 84%. También se aprecia una disminución de la tortuosidad ureteral. En 3 animales del estudio se aprecian fibrosis retroperitoneales que fijan el segmento tratado, 2 de ellos son los animales que peor evolucionaron del grupo. Además en uno de ellos la endoureterotomía no se pudo realizar rectilíneamente.

Conclusiones: El presente estudio experimental confirma la idoneidad del modelo empleado reproduciendo las características morfológicas del megauréter, lo que permite el estudio tanto de la fisiopatología como de nuevas vías de tratamiento de esta afección urológica. Sirviendo de instrumento para posibles avances en este campo.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Heminefroureterectomía en duplicidad renal. ¿Laparoscopia o cirugía abierta?** L. García-Aparicio, X. Tarrado, J. Rovira, L. Krauel, M. Olivares, J. Lerena, B. García-Nuñez, J. Rodó. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Agrupación Sanitaria Hospital Sant Joan de Déu- Hospital Clínic. Universitat de Barcelona.*

Objetivo: Analizar si la laparoscopia ha de ser la técnica quirúrgica de elección para practicar la heminefroureterectomía en pacientes con duplicidad pieloureteral.

Material y métodos: Hemos recogido los datos de los pacientes que fueron sometidos a una heminefroureterectomía o heminefroureterectomía desde el 2005 al 2008, éstos han sido agrupados en los que se practicó cirugía laparoscópica (LHn) y cirugía abierta (AHn). Se han comparado el motivo de la cirugía, el peso de los pacientes, los tiempos quirúrgicos, la estancia media y las complicaciones.

Resultados: Grupo LHn: 8 pacientes con una mediana de edad de 14 meses y una mediana de peso de 12 kg. La causa más frecuente de la cirugía fue el uréter ectópico. Se practicó en 7 casos un acceso transperitoneal. El tiempo quirúrgico medio fue de 189 minutos (110-255), no han existido complicaciones intraoperatorias, y ninguna conversión a cirugía abierta. La estancia media ha sido de 2,4 días. Grupo OHn: 8 pacientes con una mediana de edad de 8 meses y una mediana de peso de 9,3 kg. La causa más frecuente de intervención quirúrgica fue el ureteroceles. Todos los pacientes se abordaron por vía anterior. El tiempo quirúrgico medio fue de 160 minutos (90-190), sin complicaciones postoperatorias. La estancia media fue de 4,4 días.

Conclusiones: La cirugía laparoscópica debe ser la primera opción para realizar una heminefroureterectomía, a pesar de que el tiempo quirúrgico es sensiblemente más largo que en la cirugía abierta, la escasa morbilidad y la estancia media son mucho menores.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Evolución urológica a largo plazo de los pacientes con vejiga neurógena.** B. Sánchez-Vázquez, J.A. Martín Osorio, C. Piró Biosca, M. Asensio Llorente. *Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivo: Análisis del estado urológico a largo plazo de los pacientes afectados de vejiga neurógena.

Material y métodos: Pacientes nacidos entre 1982 y 1999 afectados de vejiga neurógena, controlados en un hospital de tercer nivel. Se ha realizado un análisis retrospectivo mediante revisión de las historias clínicas. Se han recogido los parámetros ecográficos y urodinámicos (en la primera y última visita realizadas), necesidad de cateterismo intermitente y anticolinérgicos, continencia e infecciones urinarias.

Resultados: Cincuenta pacientes seguidos durante una media de 17,2 años. En el estudio inicial se realizó ecografía renal y vesical al 92% de los niños, siendo normal en el 78% de los casos. El estudio urodinámico se realizó al 96% de los niños, y resultó normal en el 19%. En el estudio actual se realizó ecografía al 96% de los pacientes, siendo normal a nivel renal en el 77% y a nivel vesical en el 54% de los adolescentes. La urodinamia se realizó al 94%, resultando dentro de los parámetros normales en el 80% de los estudios. El 86% de los pacientes realizan cateterismo intermitente y el 80% reciben tratamiento con anticolinérgicos. El 50% de los pacientes refieren ser continentales entre sondajes, y el 44% no sufren infecciones de orina. Se llevaron a cabo 3 ampliaciones vesicales, 3 reimplantes ureterales y 3 inyecciones de Botox.

Conclusiones: El tratamiento con cateterismo limpio intermitente y anticolinérgicos en los casos de vejiga neurógena, proporciona unos buenos resultados urológicos a largo plazo, con una continencia socialmente aceptada y la preservación del tracto urinario superior.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Simplificación del tratamiento quirúrgico del pene oculto.** S. Rivas, R. Romero, A. Parente, M. Fanjul, J.M. Angulo. *Sección de Urología Infantil. Sección de Urología Infantil. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivo: Describir modificaciones sobre la técnica de Borsellino para el tratamiento del pene oculto que evita el uso de colgajos, injertos y Z-plastias ventrales. Evaluar indicaciones, resultados y satisfacción de los pacientes tratados mediante esta técnica.

Material y métodos: Desde febrero de 2008 hasta febrero de 2009 hemos tratado 5 niños. En todos los casos se trataba de penes enterrados. La indicación fue estética en todos, fimosis secundaria en 4 y balanitis en uno. En todos se eligió la técnica de Borsellino (*Pediatric Urology*, enero 2007), modificada por la realización de una incisión en "S" dorsal. Se realizó un denudado completo del pene reconstruyendo los ángulos penopúbico y penoscrotales mediante la fijación de la piel a la fascia de Buck, maniobra que se facilitó mediante incisión del rafe escrotal. En un paciente se realizó lipectomía púbica.

Resultados: Los niños tenían entre 1, 3, 5, 7 y 11 años en el momento de la intervención. Ingresaron 24 horas. El seguimiento postquirúrgico osciló entre 1 y doce meses. Un paciente presentó linfedema que desapareció a los dos meses de la intervención. Un paciente presenta una cicatriz púbica hipertrófica en tratamiento con gel de silicona. Incluso en los pacientes con complicaciones la satisfacción es buena.

Conclusiones: La técnica descrita es efectiva y fácilmente reproducible. La posibilidad de complicaciones inmediatas es baja y el resultado cosmético final es bueno. Realizar una incisión en "S" dorsal permite la lipectomía simultánea sin nuevas incisiones. Los pacientes y sus padres se encuentran satisfechos con el resultado funcional y estético a corto plazo.

Forma de presentación: Oral 3 min.

COMUNICACIONES ORALES VIII: UROLOGÍA

- **Megauréter obstructivo primario, tratamiento endoscópico con balón de dilatación: nuestros primeros resultados.** M. García Palacios, I. Somoza Argibay, A. Lema Carril, M.E. Molina Vázquez, J. Gómez Veiras, M. Gómez Tellado, T. Dargallo Carbonel, E. Pais Piñeiro, D. Vela Nieto. *Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.*

Objetivo: Tras los grandes avances endourológicos de los últimos años, ha surgido una alternativa mínimamente invasiva a la cirugía abierta en el tratamiento del megauréter obstructivo primario. Presentamos nuestra experiencia con la dilatación endoscópica durante los 3 últimos años.

Material y métodos: Entre los años 2005 y 2008 tratamos mediante esta técnica un total de 7 pacientes. Todos ellos cumplían los criterios diagnósticos de MOP sin reflujo asociado. El procedimiento consistió en la realización de cistoscopia, comprobación de la estenosis y dilatación endoscópica de la misma con balón de dilatación. Dejamos introducido un tutor ureteral doble J que retiramos al mes postoperatorio. El seguimiento lo realizamos mediante ecografía y cistografía al mes, renograma a los 3 y 9 meses y ecografías seriadas.

Resultados: El 71% fueron niños y el 28% niñas; el 71% era izquierdo. En el 57% de los pacientes existía sospecha prenatal, en el 28% el diagnóstico se realizó tras ITU y en el 14% durante el estudio de una hidronefrosis. La edad media de la intervención quirúrgica es 8,5 meses. El tiempo de seguimiento es de 22 meses. Todos los pacientes mejoraron su patrón obstructivo cuantificándolo en el renograma. En un paciente tuvimos que realizar un cambio de doble J a las 12 horas por presentarla en vejiga, otro paciente presentó una ITU en el postoperatorio.

Conclusiones: El manejo endoscópico del MOP sin reflujo vesicoureteral asociado es nuevo planteamiento terapéutico que evita una cirugía agresiva en el niño para realizar la reimplantación ureteral. Es una técnica factible y efectiva.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Evaluación urodinámica y de la continencia en las ampliaciones vesicales con sigmoides.** I. Tuduri, M.A. Fernández-Hurtado, R. Barrero, J. Morcillo, F. García-Merino. *Sección de Urología Pediátrica. Unidad de Gestión de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: Evaluar nuestra experiencia en las cistoplastias con sigmoides en el manejo de la dilatación del tracto urinario superior y la incontinencia urinaria.

Material y métodos: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de las ampliaciones realizadas con sigmoides (1994-2009). Analizamos parámetros clínicos, quirúrgicos y urodinámicos, pre/post-cistoplastia.

Resultados: Hemos realizado 30 cistoplastias con una edad de 10,24 años (3-15 años) siguiéndose 8 años (9 meses-15 años). El diagnóstico de base era la vejiga neurógena (63,3%) siendo la indicación principal para la ampliación la afectación del tracto urinario superior (43,3%) seguido de la incontinencia. El procedimiento se asoció a la colocación de esfínter artificial (30%), estoma tipo Mitrofanoff (30%) o reimplante ureteral (30%). Urodinámicamente eran vejigas de capacidad reducida ($87,82 \pm 55,19$ ml) en comparación a la teórica ($341,11 \pm 105,29$ ml; $p < 0,05$), alta presión (42,04

± 32,5 cm) y baja compliance (3,52 ± 4,15 ml/cm). Tras la cirugía mejoraron los valores (291,64 ml/20,62 cm/21,43 ml/cm) significativamente y se aproximaron a los teóricos (375 ml; p > 0,05). Durante el seguimiento mejoró la continencia (66% mayor de 3 horas) asociándose y aumentando la necesidad de cateterismos (mediana: 4/día). La complicación tardía más frecuente fue la litiasis vesical (16,7%) no encontrando perforaciones espontáneas ni de malignización; 2 pacientes acabaron en IRC. La evolución fue favorable en el 66%, evolucionando un 18,5% sin cumplir los objetivos marcados.

Conclusiones: La cistoplastia de aumento con sigmoides es una buena técnica que logra la mejoría urodinámica y la continencia urinaria. La adecuada concienciación en la importancia de los cateterismos intermitentes permite evitar complicaciones.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Nefrolitotomía percutánea como tratamiento de cálculos renales en niños.** M. Pascual, A. Bujons, N. Ramalho, J. Caffaratti, J.M. Garat, H.Villavicencio. *Unidad de Urología Pediátrica. Fundació Puigvert. Barcelona.*

Objetivo: Presentar nuestra experiencia en el manejo percutáneo de las litiasis en urología pediátrica y analizar su eficacia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las NLP realizadas desde enero de 1991 hasta 2008. El 66,7% de los pacientes tenían antecedentes de LEOC y hasta un 28,6% habían hecho 4 sesiones previas. La técnica de la NLP utilizada fue la misma que en los adultos (técnica de 90° en decúbito prono) con nefrosocopio de 18 o 22 French. La energía empleada fue neumática y holmium más recientemente.

Resultados: Se realizaron 14 NLP en 13 pacientes (9 varones y 4 niñas), con una edad media de 10 años (rango 2-23). 4 fueron derechas (33,3%) y 10 izquierdas (66,7%). El 69% presentaban alteraciones anatómicas (extrofia vesical, duplicidad ureteral) o alteraciones metabólicas (cistinuria). La localización de la litiasis había sido 64% en grupo calicular inferior y 50% en pelvis renal. El tamaño medio de los cálculos: 4,46 cm²(0,27-13,20). Un 83,3% fueron radioopacos. El número de litiasis varió entre 1 y 20. Tiempo medio quirúrgico 237,92 minutos (240-330). En el 66,7% de los casos hubo desaparición total de la litiasis y en los demás se realizó LEOC con una resolución global de la litiasis del 75%. No hubo complicaciones peroperatorias.

Conclusiones: La NLP es la técnica de elección de litiasis renales refractarias a tratamiento con LEOC en niños. El uso de material de 18-22 Fr disminuye el acceso traumático a nivel renal y permite fragmentación y extracción de litiasis. La necesidad de LEOC postNLP se considera un tratamiento adyuvante.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Diagnóstico diferencial de masas genitales interlabiales.** E. Calleja Aguayo, R. Delgado Alvira, M. Romeo Ulecia, J. Elías Pollina, A. González Esgueda, J.A. Esteban Ibarz. *Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivo: Las masas a nivel genital en una niña representan un amplio espectro de lesiones y a menudo existe confusión en su diagnóstico y manejo.

Material y métodos: Se presentan 6 casos de masa interlabiales diagnosticadas en el último año, prolapso uretral, dos quistes parauretrales de Skene, hematocolpos, sarcoma botriode vaginal y pólipo fibroepitelial de vagina.

Resultados: El prolapso uretral en niña de 4 años y raza negra con sangrado vaginal y zona edematosa periuretral. El quiste parauretral de Skene es una masa quística de color amarillento que desplaza meato en niña recién nacida. El hematocolpos en niña de 13 años con amenorrea y dolor abdominal agudo. El pólipo fibroepitelial en niña recién nacida como lesión verrucosa no sangrante en introito vaginal. El sarcoma botriode en niña de 12 meses con masa polipoidea de 2 cm que asoma por vagina. Todos fueron tratados quirúrgicamente a excepción de los quistes parauretrales que uno drenó espontáneamente y otro involucionó y el sarcoma botriode que además fue tratado con quimio y radioterapia.

Conclusiones: Realizar un buen examen clínico de las masas interlabiales distinguiendo origen genital o urológico. La cirugía está indicada en masas vaginales para descartar malignidad ya que la presentación de sarcoma y pólipo puede ser similar. El pronóstico del rabdomiosarcoma vaginal es bueno con cirugía y quimioterapia. El prolapso uretral es más frecuente en niñas prepúberes de raza negra y se debe descartar abuso sexual. El manejo del quiste parauretral está en discusión pero según algunos autores se aconseja en primer lugar observación ya que pueden involucionar.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Caracterización histológica en uretroplastias de mucoosa oral de rata.** C. Marañés, E. Licerias, F. Martín, L.J.M. García, I. Garzón, A. Montalvo, M. Alaminos, R. Fdez-Valadés. *Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Departamento de Histología. Facultad de Medicina de Granada.*

Objetivo: Diferentes técnicas quirúrgicas se han utilizado para la reconstrucción uretral. Cuando el tejido adyacente es escaso, es necesario recurrir al uso de injertos. Las modificaciones estructurales y ultraestructurales que se producen en los tejidos injertados y sometidos a unas condiciones ambientales diferentes a las del tejido original, no han sido suficientemente estudiadas.

Material y métodos: Se utilizaron 20 ratas Wistar macho de 300 g sometidas a anestesia general con ketamina y acepromacina. Se estableció un grupo control en el que la uretra de

los animales se seccionó longitudinalmente, suturándose a continuación. En segundo lugar, se establecieron varios grupos de estudio en los que se realizó una uretroplastia con injertos de mucosa oral autóloga (Grupo 1: sacrificio y análisis 7 días; Grupo 2: 14 días; Grupo 3: 21 días). Se analizó la estructura de los tejidos nativos y de los injertos (tipo de epitelio, estructura del tejido conjuntivo, integración, infiltración celular, etc.)

Resultados: La técnica empleada fue factible y todos los animales intervenidos evolucionaron satisfactoriamente. El análisis de los tejidos orales implantados demostró un adecuado nivel de integración, con la formación de una interfase entre la mucosa oral y la uretral. Inicialmente, la mucosa oral implantada mostró signos inflamatorios y pérdida de algunas capas celulares. A los 21 días, la integración es completa y la mucosa oral presenta 5-6 capas de células planas cuya estructura se asemeja a la del epitelio uretral.

Conclusiones: La mucosa oral utilizada como injerto es capaz de diferenciarse de forma adecuada para generar un tejido estructuralmente similar a la uretra nativa.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Alteraciones estructurales del músculo liso y de la expresión de EGFR y c-kit en la estenosis pieloureteral congénita. Relación con su patogénesis.** V. Vargas-Cruz, A. García Ceballos, C. Ruiz Hierro, M.M. Moreno Rodríguez*, A. Escassi Gil, J.I. Garrido Pérez, R.M. Paredes Esteban. *Servicios de Cirugía Pediátrica y *Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivo: La fisiopatología de la estenosis de la unión pieloureteral (EPU) es poco conocida. Estudios previos han concluido que una alteración en la contractilidad y actividad peristáltica a dicho nivel juegan un papel importante. Nuestro objetivo es evaluar el papel que la displasia muscular, el factor de crecimiento epidérmico (EGFR) y las células intersticiales de Cajal (CIC, c-kit positivas), pueden tener en la fisiopatología de la estenosis.

Material y métodos: Se examinan inmunohistológicamente 30 uniones pieloureterales (UPU), 25 correspondían a pacientes sometidos a pieloplastia por presentar estenosis pieloureteral (EPU) (rango de edad 1 m-10 años), y 5 a un grupo control. Se realizan cortes histológicos para tinción con hematoxilina-eosina y tricómico de Masson. El estudio inmunohistoquímico se realiza utilizando 3 anticuerpos monoclonales: actina de músculo liso, EGFR y CD117 (c-kit). Se cuantifica la expresión de cada tinción y se comparan los resultados con el grupo control.

Resultados: En las EPU, la expresión de EGFR fue negativa en el 80% y la densidad de CIC c-Kit positivas estaba disminuida, al contrario que en el grupo control. El tricómico de Masson y la actina de músculo liso ponen de manifiesto el aumento del colágeno inter e intramuscular y la atenuación de fibras musculares en las muestras patológicas.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que los cambios displásicos en la capa muscular, la baja expresión de EGFR y la disminución o ausencia de CIC c-Kit positivas, pueden participar en la fisiopatología de la EPU al alterarse la actividad peristáltica en la unión pieloureteral.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Testículo no palpable: resultados a corto, medio y largo plazo con la utilización de técnica exclusivamente laparoscópica.** V. Marijuan, V. Ibáñez, J.J. VilaCarbó. *Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

Objetivo: Valorar la eficacia de la técnica laparoscópica para la disección, descenso y fijación del teste no palpable.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que incluyó todos aquellos pacientes a los que se les realizó disección, descenso y fijación del teste mediante técnica exclusivamente laparoscópica en el periodo comprendido entre enero de 1998 a diciembre de 2008. Las variables de estudio incluyeron los datos clínicos de interés, hallazgos ecográficos, tiempo quirúrgico, estancia postquirúrgica, complicaciones y seguimiento clínico y ecográfico a largo plazo.

Resultados: Se revisaron un total de 156 pacientes (179 UT). El seguimiento medio fue de 1659 días. Se realizó descenso y fijación del teste por vía laparoscópica en 152 UT. En 18 casos fue necesario realizar el descenso en dos tiempos (técnica de Fowler Stephens). El tiempo medio operatorio fue de 42 ± 14 minutos y la estancia media postoperatoria fue de 30 ± 6 horas. Se produjo atrofia testicular en 12 casos post-descenso y en 3 casos tras el primer tiempo de FS. En 8 casos fue necesario realizar re-descenso por ascenso del teste.

Conclusiones: La laparoscopia ha demostrado ser una técnica eficaz para el manejo del teste no palpable. La aplicación de las técnicas de laparoscopia para la disección y descenso del teste son una alternativa eficaz para el tratamiento del teste intra-abdominal y que aúna las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva a los resultados de la cirugía convencional.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Nuestra experiencia con el uso de alfa-lílicos en el tratamiento de la disfunción de vaciado.** R. Delgado Alvirra, E. Calleja Aguayo, M. Ruiz de Temiño Bravo, J. Gracia Romero. *Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivo: El tratamiento del vaciamiento disfuncional (VD), por hiperactividad del esfínter uretral, se basa en hábitos evacuatorios correctos, biofeedback y alfa-lílicos, pero la experiencia en niños es escasa. **Objetivo:** Mostrar nuestra experiencia con alfa-lílicos en VD.

Material y métodos: Revisión 6 pacientes con VD tratados con alfa-lílicos

Resultados: 1) 12 años, Síndrome Wolfran, con residuos miccionales y contracciones no inhibidas. Rechaza sondaje, y se trata con anticolinérgicos y alfa-lícticos, consiguiendo disminuir residuos (insuficiente). 2) 3 años, duplicidad uretral-vesical. En postoperatorio, flujometría sugestiva de disfunción, sin estenosis, que mejoró con Alfuzosina pero después requirió derivación vesical continente y vasectomía por orquiepididimitis. 3) 2 años, estenosis uretero-vesical y reimplante uretral. Tras intervención, tratamiento con anticolinérgicos y Alfuzosina por chorro babeante y flujometría sugestiva. En cistoscopia, membrana en cuello. 4) 12 años, médula anclada, con pielonefritis. Rehusa sondaje, y se trata con Doxazosina pero persisten infecciones y en estudio urodinámico se objetiva disfunción. Actualmente, sondaje. 5) 3 años, siringomielia, intervenido por RVU, con infecciones y dificultad miccional, con flujo en picos. Se instaura tratamiento con Alfuzosina sin resultado y se realiza derivación vesical continente. 6) 10 años, válvulas uretra reseca, flujometría y CUMS normales, con episodios de retención urinaria. En estudio urodinámico, contracciones no inhibidas en llenado por lo que se trata con anticolinérgicos y alfa-lícticos (aunque no se objetiva vaciamiento disfuncional), persistiendo retenciones.

Conclusiones: El papel de los alfa-lícticos en el tratamiento de VD en niños es limitado y su eficacia dudosa. Puede ser de utilidad en algún paciente con imposibilidad de sondaje o como alternativa al biofeedback

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Papel de los alfa bloqueantes en el síndrome de Hinman.** M.E. Molina Vazquez, M. García Palacios, A. Lema Carril, J. Gomez Veiras, I. Somoza Arguibay, M. Gomez Tellado, T. Dargallo Carbonell, E. Pais Piñeiro, D. Vela Nieto. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña.*

Objetivo: En 1973 Hinman describió la vejiga neurógena no neurogénica caracterizada por una disfunción de vaciado vesical, remedando una vejiga neurógena. Es debida a la contracción del esfínter externo durante el vaciado vesical. Su tratamiento consiste en mejorar la relajación del esfínter durante la micción, siendo el biofeedback de elección. Existen centros sin esta posibilidad, otra opción son los alfabloqueantes, sin mucha literatura al respecto. Pretendemos determinar la eficacia de éstos como tratamiento alternativo.

Material y métodos: Presentamos 17 casos de síndrome de Hinman seguidos en urología pediátrica. Valoramos datos generales del paciente, flujometría pre y postratamiento comparando los pacientes manejados con alfabloqueantes y con biofeedback.

Resultados: 6 pacientes son varones, el resto niñas. La edad de diagnóstico fue 4,9 años, 94% de los casos acuden por síndrome enurético, 52% presentan ITU de repetición, 76%

estreñimiento y 41% tienen problemas psicosociales. El 100% presentan no relajación pélvica en la electromiografía. Los pacientes tratados sintomáticamente con bloqueantes muscarínicos obtienen escasa mejoría. Utilizamos alfabloqueantes en 7 pacientes, 3 (tamsulosina) mejoraron totalmente, el resto parcialmente. La doxazosina presentó más efectos secundarios. Al retirar ambos fármacos la patología de base recidivó. Usamos biofeedback en 4 pacientes, todos ellos han obtenido una completa mejoría sin recidiva.

Conclusiones: El síndrome de Hinman afecta a ambos sexos, con frecuencia pasa desapercibido. Ante un síndrome enurético con estreñimiento debemos descartarla mediante EMG pélvico. El biofeedback es el tratamiento de elección para relajar la musculatura pélvica. Como alternativa son útiles los alfa bloqueantes, con aparente efecto transitorio y moderada incidencia de efectos secundarios.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Inyección de toxina botulínica-A en el tratamiento de la disfunción vesical neurógena y no neurógena.** S. Rivas, R. Romero, A. Parente, M. Fanjul, J.M. Angulo. *Sección Urología Infantil, Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivo: Evaluar nuestra experiencia en el tratamiento de la disfunción vesical neurógena y no neurógena con la inyección de Toxina Botulínica (TB) en detrusor.

Pacientes y métodos: Desde enero de 2005 hemos tratado mediante inyección de TB en detrusor a doce pacientes. Todos los pacientes presentaban disfunción vesical de llenado con altas presiones del detrusor sin respuesta a anticolinérgicos, en 11 de causa neurógena y en uno por VUP. Se inyectaron 10 U/kg hasta un máximo de 300 U.

Un paciente recibió 1 inyección, seis 2 inyecciones y cinco 3. Se analiza la respuesta clínica y urodinámica tras la inyección con un seguimiento medio de 36 meses.

Resultados: La capacidad vesical, acomodación y presiones del detrusor mejoraron de forma estadísticamente significativa tras la primera inyección. Esta mejoría fue transitoria en todos los casos salvo en 1. Tras las siguientes inyecciones se produjo mejoría de los parámetros urodinámicos sin demostrarse significación estadística.

En dos pacientes se consiguió una mejoría clínica y urodinámica persistente tras 1 y 2 inyecciones. Siete pacientes han presentado una evolución satisfactoria con inyecciones repetidas de TB.

En tres pacientes fracasó el tratamiento, realizándose ampliación vesical en 2 de ellos.

Conclusiones: La inyección de TB en detrusor puede considerarse una buena opción terapéutica en pacientes con disfunciones vesicales neurógenas y no neurógenas, permitiendo retrasar o incluso evitar la ampliación vesical en la mayoría de los pacientes.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Nuestra experiencia en el tratamiento prenatal de las válvulas de uretra posterior.** J. Prat, E. Gratacós, J.M. Martínez, M. Olivares, M. Castañón, A. Albert, J. Rodó. *Agrupació Sanitària Hospital Clínic-Sant Joan de Déu.*

Objetivo: Los fetos con una obstrucción baja del tracto urinario y oligoamnios en etapas precoces de la gestación tienen un pronóstico vital muy pobre. Con la finalidad de alterar esta historia natural se han desarrollado protocolos de terapia fetal. Aportamos nuestra experiencia en fetos masculinos con diagnóstico de válvulas de uretra posterior (VUP).

Material y métodos: Fueron incluidos 5 fetos afectados de VUP que fueron tratados prenatalmente. Practicamos una cistoscopia fetal y electrocoagulación con láser de las válvulas.

Resultados: El tratamiento se realizó entre la 17 y 28 semana de gestación; en todos los casos se visualizaron las VUP. En 2 casos se consiguió la fulguración efectiva de las válvulas; postnatalmente estos 2 pacientes presentaron una fístula uretro-rectal. En otro paciente se obtuvo una descompresión eficaz de la vía urinaria superior. Estos 3 pacientes mantienen una función renal y pulmonar normal. La intervención no fue efectiva en 2 casos: uno optó por la interrupción del embarazo (observándose en la necropsia la presencia de una atresia uretral distal añadida); en el otro caso persistió el anhidramnios y apareció un urinoma derecho. Éste último paciente presenta una insuficiencia renal progresiva.

Conclusiones: El tratamiento prenatal de las VUP mediante cistoscopia y fulguración de las válvulas puede ser beneficioso en un grupo muy seleccionado de casos. Supone, en nuestra opinión, la mejor opción de tratamiento prenatal. Sin embargo, la técnica es difícil, requiere aprendizaje y experiencia y, frecuentemente, asocia secuelas y morbilidad. Es preciso concentrar los casos en unos pocos centros de referencia a nivel nacional para optimizar los resultados.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Nefrectomía laparoscópica en el donante vivo. Resultados funcionales en el receptor pediátrico.** S. Barrera Delgado, M.J. Martínez Urrutia, P. López Pereira, R. Lobato Romero, R. Aguilar Cuesta, A. Alonso Melgar*, E. Jaureguizar Monereo. *Servicio de Urología Infantil, *Servicio de Nefrología Infantil. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivo: Analizar el impacto que la nefrectomía laparoscópica (NL) puede tener en la función y supervivencia del injerto en el receptor pediátrico.

Material y métodos: Estudiamos 63 receptores de injerto de donante vivo entre 1994 y 2007. Dieciséis obtuvieron el injerto por NL y 47 por nefrectomía abierta (NA). La edad del receptor fue de $9,3 \pm 5$ años y la edad del donante fue $40,8 \pm 7$

años. Estudiamos la incidencia del retraso en la función inicial del injerto, el rechazo agudo y la función a medio plazo del injerto en ambos.

Resultados: Los datos demográficos del donante y receptor y el tiempo de isquemia fría ($1,9 \pm 0,3$ horas) fue similar en ambos grupos. El tiempo de isquemia caliente fue de 195 segundos en NL y 20 en NA. La supervivencia tras 36 meses (100% NL vs. 98% NA) y la supervivencia del injerto (94% NL vs. 93% NA) no presentaron diferencias significativas. El grupo de NL necesitó más días ($9,56 \pm 2,3$ vs. $4,72 \pm 0,57$ de NA) para alcanzar los niveles mínimos de creatinina sérica, pero el filtrado glomerular (ml/min/1,73m^2) fue similar a los 6 (122 ± 24 NL vs. 87 ± 17 NA) y 24 meses (110 ± 64 NL vs. 82 ± 30 NA) tras el trasplante.

Conclusiones: La NL en el donante vivo retrasa la función inicial del injerto en el receptor pediátrico pero la función renal a medio plazo y la supervivencia del injerto es similar a la obtenida con la NA.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Trasplante renal en menores de 10 kg: un reto.** G.F. Royo, P. Velasco, M. Asensio, C. Piró, J.A. Martín, C. Barceló, J. Nieto. *Servicio Cirugía pediátrica Hospital Vall Hebron. Barcelona.*

Objetivo: La indicación de trasplante renal (TR) en menores de 10 kg es poco frecuente. Presenta gran dificultad técnica y manejo médico individualizado. Nuestro objetivo es describir las indicaciones, técnicas quirúrgicas y tratamiento de los TR en estos pacientes

Material y métodos: Se revisaron los TR con peso inferior a 10 kg, recogiendo epidemiología, indicación para trasplante precoz, técnica quirúrgica y evolución del injerto.

Resultados: Se estudiaron 10 injertos realizados en 9 pacientes, procedentes de donante cadáver con media de edad de 32 meses y de peso de 16 kg. El peso medio de los receptores fue de 7,08 kg, 3 de ellos de 5 kg. Las indicaciones para trasplante fueron: 2 síndromes nefróticos congénitos, un lupus sistémico, una glomérulo esclerosis focal y segmentaria, tres displasias renales y dos síndromes hemolítico-urémico. Las anastomosis venosas se realizaron a vena ilíaca externa (n=6) y a ilíaca primitiva (n=4). Las arteriales se realizaron a ilíaca primitiva (n=5), ilíaca externa (n=3) y, en dos casos a aorta e hipogástrica. La reconstrucción de la vía urinaria fue la ureterografía extramucosa tipo Gregoir excepto una anastomosis ureteropielica. Se perdieron tres injertos por: recidiva del lupus (al año postrasplante), rechazo agudo (a los 20 meses postrasplante) e isquemia del injerto en las primeras 48h, requiriendo nuevo TR. La diuresis ureteral se inició en el 70% de casos en las primeras 24 horas postoperatorias.

Conclusiones: El TR en pacientes de bajo peso presenta una dificultad técnica superior a otros grupos de edad, pero se puede ofrecer desde edades tempranas con buenos resultados.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Posibilidades de tratamiento endourológico ureterocele.** R.M. Romero, S. Rivas, A. Parente, M. Fanjul, A. Lain, J.M. Angulo. *Sección de Urología Infantil Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivo: Presentar nuestra experiencia más reciente en el abordaje endourológico del ureterocele (UTC).

Material y métodos: Revisamos los pacientes con UTC analizando la clínica, radiología y gammagrafía en el momento del diagnóstico y su evolución tras los procedimientos endourológicos realizados.

Resultados: Desde Enero de 2005 hemos tratado 19 niños con UTC, 2 intravesical y 17 extravesical. El tratamiento inicial consistió en punción endoscópica del UTC en 16 casos y dilatación del meato del UTC en 1 intravesical (EM 18 d, 15 M-4V). Los niños con UTC intravesical presentaron normalización ecográfica y ausencia de reflujo. Los niños con UTC extravesical experimentaron mejoría de la dilatación pieloureteral después de la punción, excepto en un caso que fue necesaria una nueva punción. En 15 pacientes apareció reflujo en la cistografía postpunción en el uréter del UTC. En 12 pacientes el reflujo fue tratado endoscópicamente con éxito en 10. El número de antirreflujos endoscópicos realizados fue 1,58 (1-4). La función del pielón correspondiente al UTC extravesical era normal en 2 niños, disminuida en 14 y anulada en 1 caso. De los 14 niños con función disminuida mejoraron 5 tras la punción. No hubo complicaciones en ninguno de los procedimientos endourológicos (punción ó antirreflujo). En la actualidad 14 de los 19 niños tratados endourológicamente están asintomáticos, con función correspondiente al pielón o riñón del UTC conservada, sin dilatación ecográfica y sin reflujo.

Conclusiones: Las técnicas endourológicas permiten conseguir buenos resultados en el tratamiento de los niños con UTC, evitando los procedimientos quirúrgicos reconstructivos en la mayoría de los pacientes.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Válvulas uretrales: factores que influyen en la evolución clínica.** G.F. Royo, J.A. Martín, C. Piró, M. Asensio. *Servicio Cirugía pediátrica. Hospital Vall Hebron. Barcelona.*

Objetivo: Analizar los factores que pueden influir en la evolución de los pacientes con válvulas de uretra posterior (VUP).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con VUP, tratados en los últimos 28 años (1980-2008), con seguimiento de 1 a 20 años. Incluimos 54 pacientes, de los que 53 fueron diagnosticados de VUP y 1 de hipertrofia de cuello vesical. El diagnóstico se confirmó con cistografía miccional seriada. La cirugía inicial de elección fue la resección endoscópica de las válvulas. Se realizaron estudios urodinámicos en 20 pacientes.

Resultados: Se dividieron los pacientes según la existencia o no de reflujo véscico-ureteral (RVU) en el momento del

diagnóstico: pacientes sin reflujo (n=28); con reflujo unilateral (n=14) y con reflujo bilateral (n=12). La creatinina superior a 1,5 mg/dl se halló en ausencia de reflujo (2) y en RVU bilateral (2). La creatinina menor de 1 se presentó en el grupo sin RVU (20), RVU unilateral (14) y RVU bilateral (8). Los peores resultados se encontraron entre los diagnosticados antes de los seis meses de edad. El tipo de cirugía no tuvo una relación clara en la evolución clínica. El tamaño renal fue simétrico en 32 pacientes, asimétrico en 13, riñón único en 6 y desconocido en 3. Los estudios urodinámicos evidenciaron pocas alteraciones siendo un 50% de lo estudiados, normal.

Conclusiones: El grado de displasia renal y creatinina sérica el primer año de vida, han sido los dos factores que han influido en la evolución, sin relación o con muy poca con los demás factores.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Ventajas del abordaje retroperitoneal en posición prono con dos puertos en la cirugía renal.** M. Fanjul, R. Romero, S. Rivas, A. Parente, J.M. Angulo, A. Laín, C. Corona, A. Tardáguila. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivo: Presentar nuestra experiencia en cirugía renal retroperitoneoscópica con el paciente en posición prono. Evaluar sus ventajas en cuanto a número y calibre de los puertos, facilidad de abordaje y acceso al pedículo.

Material y métodos: Entre noviembre de 2007 y febrero de 2009 se realizaron 9 intervenciones. En 6 se realizó nefrectomía unilateral, en 2 heminefrectomía y en una nefrectomía bilateral. La edad fue de 1,8 años (rango 1-4). La posición fue en decúbito prono. Las referencias anatómicas fueron el borde inferior de la duodécima costilla, borde del cuadrado lumbar y cresta ilíaca. La incisión inicial se realizó en el punto medio de la línea del cuadrado lumbar. A través de ésta incisión se introdujo un balón de manufactura casera para crear el espacio retroperitoneal. En esta posición se colocó un primer trócar de 5 mm para la cámara. El trócar de trabajo de 5 mm para bisturí armónico y endoclips se coloca en la intersección del borde inferior de la duodécima costilla con la línea perpendicular al cuadrado lumbar. La pieza se exteriorizó por uno de los puertos y se ligó el uréter extracorpóreamente. En las heminefrectomías utilizamos un tercer trócar.

Resultados: No hubo complicaciones intraoperatorias. Un paciente presentó hematoma de pared. El tiempo quirúrgico fue de 96,6 minutos (rango 40-140). Las nefrectomías unilaterales recibieron el alta a las 24 h. y las heminefrectomías entre las 24 y las 72 h.

Conclusiones: Es posible realizar nefrectomías en prono utilizando dos puertos sin repercutir en la seguridad ni modificar el tiempo quirúrgico. La técnica es eficaz y fácilmente reproducible.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Laparoscopia en el diagnóstico y tratamiento de patología de la suprarrenal.** V. Conceicao, A. Ramos, A. Ochoa. *Hospital Pediatrico de Coimbra*.

Objetivo: En la literatura médica hay algunas publicaciones que evidencian que la laparoscopia en la patología adrenal es un procedimiento seguro e eficaz, hasta en lesiones malignas. El objetivo de este estudio es analizar la experiencia de nuestro servicio en laparoscopia en la patología de la suprarrenal.

Material y métodos: Análisis retrospectiva de la laparoscopia realizada en la patología suprarrenal entre Enero de 2001 e Diciembre de 2007. La selección de los casos para laparoscopia fue hecha mediante estudio imagiológico de la masa adrenal, según sus dimensiones e estructuras envolventes.

Resultados: Fueran realizadas dos biopsias e siete adrenalectomias por laparoscopia en este periodo. Seis de las adrenalectomias por vía transperitoneal e apenas una por vía retroperitoneal. Los diagnósticos fueran: neuroblastoma (n=4), adenoma (n=1), ganglioneuroma (n=1) y S. Cushing (n=1). Las biopsias (n=2) de la masa adrenal obtenidas por laparoscopia, el diagnóstico histopatológico fue de neuroblastoma. En el estudio imageológico los tumores presentaban dimensiones entre 0,7 e 4 cm. El tiempo quirúrgico medio fue de 130 minutos. En 3 casos se ha convertido para cirugía abierta por hemorragia o por invasión tumoral. Sin complicaciones en el pos-operatorio. La estancia hospitalar fue de 3 a 25 días. Presentan follow-up de 1 a 8 años. De referenciar un caso de mortalidad a los 2 años de tratamiento, por neuroblastoma diseminado. Sin referencia a recurrencia tumoral local o metástasis de las puertas.

Conclusiones: La laparoscopia en la patología adrenal es un procedimiento seguro, eficaz e con las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, desde que los pacientes sean bien seleccionados.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Corrección del epispadias puro sin extrofia vesical en varones: resultados a largo plazo.** S. Barrena, R. Aguilar, R. Lobato, M.J. Martínez Urrutia, P. López Pereira, E. Jaureguizar. *Servicio de Urología Infantil. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivo: Presentar los resultados a largo plazo de los pacientes con epispadias sin extrofia vesical.

Material y métodos: Revisamos retrospectivamente los pacientes varones con epispadias puro entre 1972-2008 recogiendo datos sobre la incontinencia y resultado funcional del pene, analizando el número y tipo de cirugías, así como la función sexual en mayores de edad.

Resultados: Treinta y dos pacientes con una edad media al estudio de 16 (4-37) años y reparación del epispadias a los 4 (2-8) años. Doce eran granulares, 6 peneano y 14 penopúbico. Quince de ellos asociaban incontinencia urinaria. Las cirugías peneanas incluyen 13 uretroplastias dorsales, 18 Koff-Jaureguizar y 1 Cantwell-Ransley. Las complicaciones fueron 5

fístulas, 2 estenosis de meato, 1 pene enterrado y 4 incurvaciones dorsales, todas ellas corregidos quirúrgicamente. Para la incontinencia se realizaron 4 uretrotrigonoplastias y 10 tratamientos endoscópicos. Actualmente 9 presentan diversos grados de incontinencia, 2 están pendientes de tratar y 7 con incontinencia de tipo I. Cuatro aún son menores de 10 años. La erección es correcta de 18/27 a los que se ha podido evaluar por edad. El tamaño del pene en mayores de edad es de 9,5 (6-11) cm y aquellos a los que se pudo entrevistar afirman mantener relaciones sexuales satisfactorias con eyaculación

Conclusiones: La realización de una ortoplastia correcta es necesaria incluso en los grados leves de epispadias. La incontinencia urinaria, el tamaño del pene y las relaciones sexuales son mejores que en el complejo extrofia-epispadias

Forma de presentación: Oral 3 min.

COMUNICACIONES ORALES X: UROLOGÍA

- **Sistema de irrigación transanal para el tratamiento del estreñimiento en la espina bífida.** S. Barrena, P. López Pereira, R. Aguilar, O. Pérez Salvador, R. Lobato, M.J. Martínez Urrutia, E. Jaureguizar. *Servicio de Urología Infantil. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivo: La incontinencia fecal es un problema en niños con mielomeningocele que afecta su calidad de vida. Queremos evaluar la eficacia del sistema de irrigación transanal (SIT) en el estreñimiento e incontinencia fecal y como afecta a su calidad de vida.

Material y métodos: Seleccionamos aleatoriamente 40 niños con espina bífida, estreñimiento e incontinencia fecal que no respondían con manejo conservador y tratamos con el SIT. Analizamos el nivel de la lesión, el estado deambulatorio y la continencia urinaria la presencia de estreñimiento e incontinencia fecal y la calidad de vida antes y después, usando un cuestionario estandarizado.

Resultados: De los 40 niños, 35 completaron el estudio (17 niñas y 18 varones). La edad era de 12,5 (6-25) años y el seguimiento de 12 (4-18) meses. La frecuencia de irrigación fue de una vez cada 3 días y el volumen infundido de 530 (250-1500) ml. El tiempo para la evacuación fue de 26 (20-60) min. Tres pacientes tuvieron dolor abdominal durante la irrigación y otros 3 algunos problemas de manejo al inicio. Ninguno utilizó otras medidas contra el estreñimiento durante el estudio y la continencia fecal se alcanzó en todos. El grado de satisfacción con el SIT fue alto en el 97% de los niños.

Conclusiones: El SIT es un método simple y efectivo en el tratamiento del estreñimiento y la incontinencia fecal en los niños con disfunción intestinal neuropática y evita la necesidad de enemas de limpieza anterógrados. La satisfacción de los niños y su familia fue elevada en la mayoría con este sistema.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Tratamiento endourológico en niños del megaureter obstructivo primario: resultados a medio plazo.** M. Fanjul, A Parente, J.M. Angulo, S.Rivas, R. Romero, A. Laín, C. Corona, A. Tardáguila. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivo: El tratamiento clásico del megaureter obstructivo primario es quirúrgico, con gran dificultad técnica en lactantes. Presentamos nuestra experiencia en niños en el tratamiento endourológico del megaureter obstructivo primario (MOP).

Material y métodos: Revisamos 22 pacientes tratados de MOP desde marzo-2003 hasta diciembre-2007 (16 niños y 6 niñas) diagnosticados mediante ecografía, cistouretrografía miccional seriada y renograma diurético. Se realizó dilatación endourológica retrógrada a través de cistoscopio compacto de 9.5 Fr, tutorizando el uréter con guías de 0,014" y dilatando el uréter distal mediante balón de bajo perfil y alta presión (diámetros de inflado de 4 a 8 mm), bajo control radioscópico y cistoscópico. Posterior colocación de doble J vesico-piéllicos o vesico-ureterales, retirados a las 7 semanas ambulatoriamente calibrando el neomeato. El seguimiento se realizó mediante clínica, ecografía (diámetro A-P y ureteral) y medicina nuclear (T máximo, T medio, curva y % función).

Resultados: Edad media de 4 meses (rango 1 mes-1 año), Media de seguimiento de 37 meses (rango 12-70 meses). No hubo complicaciones intraoperatorias. Estancia hospitalaria media de 1,5 días (rango 1-8 días). La estenosis recurrió en 5 pacientes, tratada satisfactoriamente con una 2ª dilatación. En 3 pacientes apareció reflujo vesico-ureteral tras el procedimiento, precisando tratamiento endoscópico antirreflujo. En otro se realizó reimplante ureteral tras migración del doble J y piones. El 75% permanecen asintomáticos, con disminución ecográfica del diámetro A-P y mejoría del renograma.

Conclusiones: La dilatación endourológica es una técnica segura, eficaz y mínimamente invasiva para el tratamiento del MOP, con mínimas complicaciones en manos expertas, por lo que debe considerarse como manejo inicial.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Utilidad del acceso suprapúbico para la extracción de litiasis vesicales.** J. Morcillo Azcárate, R. Barrero Candau, M.Fernández-Hurtado, I. Tuduri Limousin, F. García Merino, J.C. de Agustín Asensio. *Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: El principal inconveniente de la litofragmentación endoscópica es la no expulsión de los fragmentos litiasicos, que son núcleo para la formación de nuevos calculos. Revisamos nuestra experiencia utilizando un acceso suprapúbico para la extracción de litiasis

Material y métodos: Analizamos 5 casos, 3 varones y 2 mujeres, de edades entre los 6 y 13 años. Las litiasis se trataron mediante litofragmentación endoscópica y acceso suprapúbico para instrumentación y lavado de los restos.

Resultados: Los 5 pacientes presentaron infecciones urinarias de repetición a pesar de la profilaxis antibiótica, y se diagnosticaron de litiasis mediante ecografía. Dos pacientes tenían extrofia vesical en las que se habían realizado inyecciones de cuello para aumentar la continencia, otro presentaba vejiga neurógena secundaria a mielomeningocele, otro Sd. de Prune-Belly en tratamiento inmunosupresor por trasplante renal y el último un hipospadias intervenido. El diámetro medio de la litiasis fue de 16mm, siendo la mayor de 20 mm. Todas las litiasis se fragmentaron correctamente y se extrajeron los restos litiasicos mediante el acceso suprapúbico. La estancia media fue de tres días y no han presentado recidivas, con un seguimiento de 6-30 meses.

Conclusiones: El acceso suprapúbico es un método eficaz y seguro para la extracción de los restos litiasicos, especialmente en pacientes con patología uretra-vesical, que dificulta la expulsión de los cálculos.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Análisis de la distribución geográfica y temporal de hipospadias y criptorquidia en Aragón.** R. Delgado Alvira, E. Calleja Aguayo, A. González Esgueda, J. Gracia Romero. *Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivo: El incremento en la incidencia de hipospadias y criptorquidia en los últimos años se ha relacionado con el uso de sustancias químicas que se comportan como disruptores endocrinos y que afectan a la maduración sexual intrauterina. **Objetivo:** determinar si existe tendencia al aumento de incidencia de criptorquidia e hipospadias en nuestra comunidad y su distribución a lo largo del año, así como determinar su distribución geográfica en las comarcas y su posible relación con factores ambientales o laborales de cada zona.

Material y métodos: Revisión de 659 hipospadias y 1600 criptorquidias nacidos entre 1975 y 2000 en nuestra comunidad.

Resultados: La incidencia de hipospadias tiende a aumentar lentamente y la de criptorquidia se mantiene prácticamente constante, con pequeño aumento en los últimos años. El mayor número de pacientes con hipospadias nacieron en Julio y el menor en Septiembre. El mayor número de criptorquidias nació en Junio y el menor en Agosto. Situando ambas patologías en las comarcas de Aragón la mayor incidencia tanto de hipospadias como de criptorquidia se da en la capital y la menor en el Pirineo.

Conclusiones: Se observa ligera tendencia al aumento de incidencia de hipospadias, y en menor grado de criptorquidia, en nuestra comunidad. La distribución a lo largo del año no presenta diferencias significativas entre las estaciones del año. La distribución de los casos en las comarcas no es superponible entre las dos patologías y no parecen tener relación con la actividad económica predominante en zona o la posible existencia de disruptores endocrinos, al contrario que en otros estudios.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Divertículos congénitos gigantes de vejiga. Experiencia de 30 años en la Región de Murcia.** O. Girón Vallejo, L. Nortes, M.J. Guirao, G. Zambudio, R. Ruiz Pruneda, J.M. Sánchez, J.F. Bueno, J.I. Ruiz Jiménez. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Objetivo: Analizamos nuestra experiencia en el manejo de los divertículos vesicales congénitos gigantes en la Región de Murcia durante un período de 30 años.

Material y métodos: Hacemos un análisis retrospectivos de los divertículos vesicales tratados en la Región de Murcia desde el año 1977 hasta 2008.

Resultados: En el período descrito hemos encontrado 21 pacientes afectos de divertículos congénitos gigantes de vejiga. De estos 18 fueron niños y 3 niñas con edad media al diagnóstico de 4,1 años. Entre los casos descritos había divertículos asociados a megauréter estenótico primitivo derecho, en otro caso a un síndrome de Williams-Beuren y en el 45% encontramos reflujo vesicorrenal. En la mayoría, el divertículo fue descubierto a raíz del estudio ecográfico por ITU. Todos los pacientes presentaron un cuello estrecho menor de 2 cm y una situación laterovesical. Fue necesario el tratamiento quirúrgico en todos los casos, realizando reimplantes uretero-vesicales salvo en tres pacientes en los que el divertículo fue evertible al interior vesical. No hubo complicaciones y desaparecieron los síntomas en el postoperatorio inmediato, siendo normales los estudios urodinámicos realizados a los 6 meses de la extirpación.

Conclusiones: Desde el año 1977 en la Región de Murcia, han sido tratados unos 10.000 niños de diferentes uropatías. De estos, 21 pacientes tuvieron divertículos congénitos vesicales gigantes. Los divertículos congénitos, suelen ser pequeños y estar acompañados de uropatías como el reflujo vésicorrenal. En raras ocasiones estos divertículos congénitos son voluminosos. En nuestra experiencia las vejigas en las que asientan estos divertículos son normales comprobado mediante estudios urodinámicos.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Hidroceles postoperatorios en los varicoceles pediátricos laparoscópicos.** A. Gómez Farpón, C. Cebrián Muiños, C. Granell Suárez, N. Vega Mata, V. Álvarez Muñoz, C. Martínez-Almoyna Rullán. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivo: Describir las características y complicaciones de los pacientes pediátricos intervenidos de varicocele.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos por varicocele durante los últimos 5 años, (2004-2008), mediante laparoscopia y sección de vasos espermáticos. Se recogieron datos diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento postoperatorio. Los resultados se expresan como media (\pm DS) o mediana (rango). Se realizó el análisis estadístico mediante SPSS 15.

Resultados: Fueron intervenidos 26 pacientes, siendo la mediana de la edad al diagnóstico de 12,01 años (6,93-13,43), y la media de su tratamiento los 12,81 años (\pm 1,33). El valor mediano de la estancia fue 2 días (1-5). La duración de la intervención fue 60 minutos (\pm 26), realizada en el 41,2% con 1 trocar de trabajo de 5 mm y óptica de 5 mm en el 85,3%. Durante su seguimiento, el 35% desarrolló alguna complicación (11 niños), siendo el hidrocele la patología más frecuente (30,3%), seguida del varicocele residual (12,1%). De los primeros, sólo 2 casos precisaron tratamiento quirúrgico, que fue exitoso, mejorando así mismo el 70% de los pacientes manejados conservadoramente. Los pacientes intervenidos a una edad más precoz tuvieron menos riesgo de desarrollar hidrocele que aquellos intervenidos más tardíamente ($p=0,018$).

Conclusiones: El abordaje laparoscópico propicia una técnica sencilla y segura, siendo los pacientes dados de alta de forma precoz. Los pacientes más pequeños han tenido un menor número de complicaciones postoperatorias. De éstas, el hidrocele ha sido la más frecuente, si bien la tónica dominante es la respuesta satisfactoria al tratamiento conservador.

Forma de presentación: Oral 3 min.

POSTERS SELECCIONADOS PARA PRESENTACIÓN ORAL

- **La consulta urgente por escroto agudo: Ni es tan agudo, ni es siempre urgente.** A. Sagastibelza Zabaleta¹, E. Delgado Fuentes¹, N. Lecumberri García¹, J. Pisón Chacón, A. Pérez Martínez, L. Gómez Gómez¹. *Servicio de Cirugía Pediátrica y Pediatría. Hospital Virgen del camino. Pamplona. Navarra.*

Objetivo: La torsión testicular (TT) es la única urgencia real del escroto agudo (EA). La medicina defensiva que practicamos sobrevalora el dolor testicular y ello genera exploraciones complementarias y consultas a Cirugía Pediátrica innecesarias.

Material y métodos: Revisamos los pacientes atendidos en urgencias por EA en 2007 y 2008. Los datos se procesaron mediante el programa SPSS.

Resultados: Atendimos 92 pacientes (edad media 10 años) con EA. Un 49% se consultaron al cirujano. Los diagnósticos, en su mayoría ecográficos, fueron: 65% orquiepididimitis (7 parotiditis), 20% torsión de hidátide (TH) y 12% TT. El 73% de los pacientes con TT consultaron directamente a urgencias. En la TH el 67% acudieron remitidos por otro facultativo. Se relacionan significativamente con TT: evolución menor de 5 h ($P=0,01$), escroto violáceo ($P=0,024$), elevación del teste ($P=0,04$), ausencia de reflejo cremastérico ($P=0,03$) y síntomas vegetativos ($P < 0,0005$). En el 86% realizamos ecodoppler confirmando el diagnóstico. Un tercio de las orquiepididimitis fueron tratadas con antibióticos aislándose germen sólo en dos.

Todos los pacientes con TT recibieron tratamiento quirúrgico inmediato.

Conclusiones: La torsión testicular no es tan frecuente en nuestro medio como se refiere en la bibliografía. Los pacientes con TT consultan significativamente, antes y directamente al hospital. La accesibilidad al ecodoppler hace que en la mayoría de los niños con EA sean sometidos a esta exploración y el diagnóstico ecográfico llega a primar sobre el clínico. El exceso de ecodoppler, antibióticos y consultas a Cirugía Infantil que se realizan, hacen suponer desconfianza, en el ámbito pediátrico, ante esta patología.

Forma de presentación: Poster.

- **Nódulos pulmonares benignos en pacientes oncológicos.** M. Miguel, M. Nistal, M. Parrón, L. Martínez, M. Ramírez, C.A. de la Torre, S. Barrena, R. Aguilar, J.A. Tovar. *Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Objetivo: Los nódulos pulmonares no metastáticos en niños con tumores sólidos conducen a un estadiaje erróneo y retrasan el tratamiento adecuado. El objetivo de este trabajo ha sido analizar la frecuencia de los nódulos pulmonares no metastáticos en niños con cáncer tratados en nuestro Centro y describir las características de estos nódulos.

Material y métodos: Revisamos retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes con cáncer sometidos a cirugía para resección de metástasis pulmonares entre 1968 y 2008. Analizamos los hallazgos radiológicos, quirúrgicos e histológicos de aquellos pacientes que presentaban nódulos no metastáticos.

Resultados: Se realizaron 69 intervenciones en un total de 58 pacientes. Presentamos cuatro enfermos con los diagnósticos de: tumor del seno endodérmico, neuroblastoma, osteosarcoma y sarcoma PNET, que presentaron nódulos pulmonares debidos a: fibrosis y calcificación, bronconeumonía y embolia vascular por cuerpo extraño, granuloma tuberculoso y ganglio linfático intrapulmonar, respectivamente, y un paciente con un sarcoma de Ewing que presentó simultáneamente un nódulo maligno y otro benigno (infiltración eosinofílica). Comparamos los hallazgos radiológicos, quirúrgicos e histológicos.

Conclusiones: La incidencia de nódulos pulmonares no metastáticos en niños con cáncer en nuestro Centro (9%) se encuentra dentro del rango descrito en otras series (2-50%). El conocimiento de la existencia de causas de nódulos pulmonares no metastáticos en niños con cáncer es importante para llegar a un correcto diagnóstico.

Forma de presentación: Poster.

- **Aplicaciones de la terapia de vacío (VAC- vacuum assisted closure) en la edad pediátrica. A propósito de cuatro casos.** S. Fuentes Carretero, C. Moreno Zegarra, R. Tejedor Sánchez, E. Martí Carrera, M.D. Delgado Muñoz, A. Gómez Fraile. *Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

Objetivo: La terapia VAC (vacuum assisted closure) es utilizada desde hace más de 10 años en el tratamiento de heridas complejas e infectadas en adultos. Presentamos cuatro casos de diferentes aplicaciones del VAC en nuestro centro con excelentes resultados.

Material y métodos: Revisión de los casos tratados con terapia de vacío en nuestro centro en los últimos 3 años. Revisión bibliográfica

Casos clínicos: El primer caso es una paciente tratada de secuela de onfalocelo gigante que en el postoperatorio presentó dehiscencia de sutura de laparotomía con exposición de la malla utilizada para reparación. El segundo caso es un paciente que presentaba infección de la herida quirúrgica dorso-lumbar tras cirugía de escoliosis con dehiscencia y exposición de la instrumentación. El tercer caso fue un paciente politraumatizado al que se le habían realizado fasciotomías por síndrome compartimental en miembro inferior derecho con sobreinfección de las mismas. El cuarto y último caso fue una secuela de sepsis meningocócica con necrosis cutánea extensa sobreinfectada en miembro inferior izquierdo y exposición de la articulación de la rodilla. En los cuatro casos la aplicación de la terapia de vacío permitió una evolución satisfactoria en un tiempo reducido, posibilitando cierre directo de los defectos en tres de los casos, la reconstrucción en el cuarto y evitando la amputación en los casos de severa afectación de miembros.

Conclusiones: En nuestra experiencia la terapia de vacío es una herramienta de gran valor en casos complejos con grandes defectos de sustancia y sobreinfección permitiendo una evolución favorable en tiempo reducido.

Forma de presentación: Poster.

- **Escaras tras otoplastia de Mustardé: Importancia de las curas y seguimiento postoperatorio de los pacientes.** G. González Álvarez¹, L. Rodríguez Rico¹, A. Pérez Martínez, J. Pisón Chacón, L. Ayuso Gonzalez, L. Bento Bravo. *Servicio de Cirugía Pediátrica y ¹Cirugía General. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra.*

Objetivo: En el protocolo de tratamiento de los pacientes con otoplastias de Mustardé incluimos la colocación de cintas elásticas durante 2 meses (el primer mes debe llevarse permanentemente y el segundo mes solo para dormir) para proteger la corrección obtenida y evitar traumatismos.

Material y métodos: Describimos los casos de 3 enfermos sometidos a otoplastia de Mustardé que presentaron escaras en el borde anterior del antehelix secundarias a compresión del vendaje de sujeción.

Resultados: En un enfermo intervenido de la oreja derecha aparecieron escaras en la oreja no intervenida, lo que demuestra que las lesiones fueron secundarias al vendaje y no a la intervención. En dos pacientes las escaras evolucionaron a la formación de cicatrices nodulares hipertróficas que se corrigieron lentamente con apósitos siliconados, corticoides tópicos y cremas hidratantes en uno y debieron ser resecadas en otro

Conclusiones: Es imprescindible explicar detenidamente a los padres la misión y características de las cintas elásticas así como revisar frecuentemente su colocación, para evitar una complicación que, sin estropear el resultado final de la otoplastia, reduce la satisfacción del paciente y prolonga el tiempo de recuperación.

Forma de presentación: Poster.

- **Gastrosquisis: nuevo protocolo de actuación en una Unidad de Medicina Fetal.** I. Fernández, R. Martín-Crespo, S. Pérez, J.C. Moreno, L. Maldonado, A. Pantoja, F. Estévez, A. De Ureta, R. Luque. *Complejo Hospitalario de Toledo.*

Objetivo: Objetivo. El objetivo de este estudio es evaluar los beneficios de un programa de diagnóstico prenatal junto con un manejo quirúrgico de la GQS a la 34-35 semana tras cesárea electiva.

Material y métodos: Pacientes y métodos. Entre 2004 y 2008 hemos tratado 4 casos de gastrosquisis con diagnóstico prenatal, siguiendo una estrategia que consiste en adelantar el parto por cesárea programada a la 34-35 semana de edad gestacional y realizar una reducción intestinal manual bajo anestesia general.

Resultados: Tres de los cuatro fetos nacieron vivos y el cuarto falleció intraútero por accidente vascular intestinal no diagnosticado a la 33 semana gestacional. Tras el parto por cesárea electiva se observaron asas intestinales herniadas de aspecto normal, sin signos inflamatorios ni edema. Los tres pacientes tratados, evolucionaron satisfactoriamente y sin repercusión funcional ni hemodinámica durante el postoperatorio. Fueron extubados en la primera semana postoperatoria e iniciaron tolerancia oral al 8º día. Fueron dados de alta al alcanzar el peso de 2.800 g. Su seguimiento pondero-estatural está siendo satisfactorio.

Conclusiones: La inducción del parto entre la 34-36 semana en los fetos con diagnóstico prenatal de GQS, evita la inflamación de las asas intestinales y facilita su reducción en la cavidad abdominal. Esta estrategia permite la introducción precoz de la alimentación oral, reduciendo las necesidades de nutrición parenteral y la estancia hospitalaria. Requiere un equipo multidisciplinar en el contexto de una Unidad de Medicina Fetal, compuesta por ginecólogos, neonatólogos y cirujanos pediátricos.

Forma de presentación: Poster.

- **Valor del lavado broncoalveolar pediátrico en manos poco expertas.** A. Lavilla Oiz, A. Pérez Ocón, M. Rives Ferreiro, J. Rodríguez Ozcoidi, J. Pisón Chacón*, A. Pérez Martínez*. *Unidad de Cuidados Intensivos y Área Neonatal y *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

Objetivo: El lavado broncoalveolar (BAL) en niños es una exploración agresiva reservada a enfermos con patología pul-

monar grave. Requiere anestesia general y puede realizarse en la unidad de cuidados intensivos o quirófano indistintamente. Empezamos a realizarla en 2006 sin experiencia previa pero con práctica en broncoscopia pediátrica.

Material y métodos: Estudiamos las historias clínicas de todos los enfermos sometidos a BAL en los últimos 2,5 años. Se revisan las hojas anestésicas y quirúrgicas, indicaciones, resultados obtenidos e incidencias.

Resultados: Recopilamos 11 enfermos, 9 niñas y 2 niños con edades entre los 5 meses y 15 años (media de 7,5 años). Cinco exploraciones se realizaron en UCIP y 6 en quirófano dependiendo de la gravedad clínica. Utilizamos un fibrobroncoscopio de 2,5 mm con canal de 1,2 mm a través del tubo orotraqueal o máscara laríngea. Obtuvimos 3 resultados significativos (orientaron el diagnóstico o modificaron el tratamiento), 4 que no aportaron información adicional y 4 falsos negativos (no corroboraron los cultivos convencionales). No se produjo ninguna complicación derivada del BAL ni de la anestesia, salvo desaturaciones en pacientes con neumopatías severas. Los niños sometidos al BAL son enfermos de alto riesgo, habitualmente inmunodeprimidos y oncológicos (8 casos) o neumopatas severos (3 casos), con una mortalidad global del 36% al final del estudio.

Conclusiones: El BAL es una técnica sencilla, con baja tasa de complicaciones. Los resultados mejoran si lo asociamos a cultivos seriados convencionales. La protocolización del procedimiento permite comparar los resultados de los diferentes cirujanos y mejorar la técnica.

Forma de presentación: Poster.

- **Las dos caras de los linfangiomas abdominales.** R. Delgado Alvira, E. Calleja Aguayo, J. Elías Pollina, R. Escartín Villacampa, A. González Esgueda, J.A. Esteban Ibarz. *Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivo: Los linfangiomas abdominales (LA), malformación de linfáticos mesentericos y retroperitoneales, suponen entre 2-8% de linfangiomas. Objetivo: Describir epidemiología, clínica, diagnóstico y tratamiento en LA.

Material y métodos: Estudio de pacientes con LA en 10 años.

Resultados: Entre 1998-2008, 6 pacientes se han atendidos por LA, con edad media de 4,4 años. El motivo de consulta fue dolor abdominal en 4 con mal estado general en todos, fiebre en 3, vómitos en 2 y distensión abdominal en 3. Un paciente asintomático fue diagnosticado casualmente y otro prenatalmente. De los 4 pacientes con abdomen agudo, se realizó sólo Rx en 2 (diagnosticados de apendicitis) y ecografía en 2 (en uno, posteriormente TC). En el paciente asintomático se realizó TC además de ecografía y en el neonato, RMN. Todos los pacientes presentaban analítica normal, excepto 2 con leucocitosis. Se intervino quirúrgicamente a 5. El origen de los linfangiomas era mesocolon (4) y el epiploon (1). En el paciente con diagnóstico prenatal se tomó actitud expectante y la masa

involucionó en 8 meses. Todos los pacientes permanecen asintomáticos, con seguimiento medio de 1,9 años.

Conclusiones: La presentación habitual de los LA es abdomen agudo, pero pueden manifestarse como masas asintomáticas, con diagnóstico casual. En el primer caso es fácil un diagnóstico erróneo. Pueden diagnosticarse con ecografía, y la TC y la RMN no aportan, generalmente, información diagnóstica aunque si pueden ayudar a definir sus relaciones. En el caso de linfangiomas sintomáticos el tratamiento es quirúrgico. Los pacientes asintomáticos o con masas de pequeño tamaño pueden controlarse con ecografías.

Forma de presentación: Poster.

- **Videocirugía transanal en el tratamiento de la mucosa gástrica heterotópica en recto.** R. Delgado Alvira, H. Allal¹, E.Calleja Aguayo. *Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza. ¹Hôpital Lapeyronie. Montpellier. Francia.*

Objetivo: La heterotopia gástrica es rara en recto (8 casos descritos en niños). La presentación más frecuente es sangrado indoloro y el tratamiento de elección es extirpación, endoscópica o quirúrgica, por el riesgo de complicaciones o malignización.

Material y métodos: Niño de 6 años con rectorragias intermitentes, indoloras de 2 años de evolución. Examen físico y estudios analíticos, normales. Rectocolonoscopia: lesión de 5-6 cm, bordes sobreelevados y superficie irregular, a 10 cm de línea dentada, en pared posterior rectal. La biopsia reveló mucosa gástrica heterotópica. No fue técnicamente posible una resección endoscópica, por lo que se planteó resección quirúrgica mediante un abordaje con videocirugía transanal.

Resultados: Se colocó al paciente en posición ginecológica. Un abrebocas endoscópico se colocó en ano y se cubrió con parche de silicona y plástico adhesivo. Se introdujeron un puerto 5 mm (para óptica) y dos 3 mm a través del abrebocas. Se realizó un neumorrecto. Una vez visualizada la lesión, se reseccó con electrocauterio por trocar 3 mm.

Conclusiones: Las lesiones en la parte superior del recto o su morfología aplanada pueden dificultar el tratamiento endoscópico o el acceso mediante cirugía convencional, por lo que el abordaje con videocirugía transanal puede ser idóneo. Este abordaje permite excelente visión de la pared rectal y una posición óptima de trabajo dentro de una estructura tubular como es el recto. Al contrario que en adultos, donde la microcirugía transanal endoscópica (TEM) utiliza un equipamiento específico para resección de tumores benignos, en cirugía pediátrica no existe material específico, pero es posible adaptar el material laparoscópico.

Forma de presentación: Poster.

- **Orquidopexia mediante incisión escrotal sin abordaje inguinal (técnica de Bianchi). Estudio preliminar.** J.M. Gutiérrez, G. Lorenzo, E. Ardela, F. Martín. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Burgos.*

Objetivo: Presentamos nuestra experiencia preliminar con la técnica descrita por Bianchi y Squire en 1989 para el tratamiento quirúrgico del testículo no descendido como alternativa a la técnica estandarizada de abordaje inguinal.

Material y métodos: Criterios de inclusión: pacientes con testículo palpable en región inguinal intervenidos mediante incisión escrotal y control postoperatorio a los tres meses. Período Octubre y Noviembre 2008. Se excluyeron los testículos retráctiles. Técnica: bajo anestesia general y bloqueo inguinal se confirma la localización del testículo en el canal inguinal, se efectúa una incisión en la región proximal del escroto, sección del gubernaculum testis, funiculolisis, sección y ligadura del conducto peritoneo vaginal y orquidopexia en bolsa escrotal del músculo dartos. Se analiza: localización preoperatoria del testículo, duración de la cirugía, presencia o ausencia del conducto peritoneo-vaginal, complicaciones y localización a los tres meses de la cirugía.

Resultados: Se realizaron un total de 13 orquidopexias en 11 pacientes de edades comprendidas ente 1-8 años (media 3,5 años). Se localizaron 7 testículos en el canal inguinal, 4 en el anillo inguinal externo y 2 en el pubis. La duración de la técnica quirúrgica osciló entre 15 y 55 minutos (media 31 minutos), en ocho testículos se realizó sección y ligadura del conducto peritoneo vaginal, no se presentaron complicaciones y todos los testículos se localizaron en la bolsa escrotal a los tres meses de la cirugía.

Conclusiones: Teniendo en cuenta las limitaciones de este estudio preliminar, la técnica de orquidopexia mediante incisión escrotal parece un método seguro, bien tolerado y fiable.

Forma de presentación: Poster.

- **Aplicación de un colgajo libre microquirúrgico y terapia de vacío en la reparación de secuela de sepsis meningocócica.** S. Fuentes Carretero, C. Moreno Zegarra, R. Tejedor Sánchez, M.D. Delgado Muñoz, E. Martí Carrera, A. Gómez Fraile. *Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivo: Existe reducida experiencia en la utilización de colgajos libres microquirúrgicos en la edad pediátrica. Las aplicaciones son fundamentalmente reconstrucciones tras cirugía oncológica y tras traumatismos y la indicación en la evolución de la sepsis meningocócica es controvertida. Presentamos un caso clínico tratado en nuestro centro mediante esta técnica.

Material y métodos: Revisión del caso clínico. Revisión bibliográfica

Caso clínico: Niño de 20 meses sin antecedentes que ingresa en unidad de cuidados intensivos por cuadro de sepsis meningocócica. En su evolución presenta áreas de necrosis cutánea diseminadas una de las cuales, en rodilla izquierda, alcanza planos profundos y se sobreinfecta dejando expuesto el aparato articular. Como alternativa a la amputación se realiza colgajo libre microquirúrgico de dorsal ancho a vasos tibiales poste-

riores. Tras un postoperatorio complejo con pérdida parcial del colgajo y sobreinfección del mismo que precisaron desbridamiento y tratamiento con terapia de vacío se procede al injerto final. Seis meses después presenta cobertura total del defecato y funcionalidad de la rodilla que le permite deambulacion.

Conclusiones: El colgajo libre microquirúrgico debe ser una opción a valorar previa a tratamientos radicales en casos de severa afectación y pérdida de sustancia incluso en niños de corta edad con resultados aceptables.

Forma de presentación: Poster.

- **Fístula rectouretral tras tratamiento prenatal de paciente con valvas de uretra posterior.** A. Parente, J.M. Angulo, S. Rivas, R.M. Romero Ruiz, M. Fanjul, A. Laín, C. Corona, A. Tardaguila. *Sección Urología Infantil, Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivo: El tratamiento prenatal de las valvas de uretra posterior es motivo de discusión en la actualidad por la dificultad de establecer tratamientos seguros que aumenten la relación beneficio/riesgo. Algunas de sus posibles complicaciones son tratables postnatalmente de forma satisfactoria, mejorando así el pronóstico vital de estos pacientes.

Material y métodos: Presentamos un paciente con diagnóstico prenatal de válvulas de uretra posterior. Tras cumplir criterios ecográficos y bioquímicos para tratamiento prenatal intraútero, se realiza fulguración de las válvulas con láser mediante fetoscopia. Al nacimiento a término presenta salida de orina por recto, por lo que se realiza colostomía y vesicostomía el primer día de vida.

Resultados: La función renal evoluciona hacia la normalidad, encontrándose en la cistoscopia a nivel del cuello vesical una fístula rectouretral y una obstrucción completa de la uretra posterior. Posteriormente se realiza el cierre quirúrgico de la fístula mediante abordaje transrectal y la fulguración con electrocoagulación mediante uretoscopia de las valvas de uretra posterior. En la actualidad el paciente presenta una función renal normal

Conclusiones: El pronóstico vital de estos pacientes es sombrío, siendo hasta el momento el tratamiento prenatal discutido por el elevado número de complicaciones que presenta. Sin embargo, algunas de ellas pueden ser tratadas de forma efectiva tras el nacimiento. Por ello pensamos que una optimización del tratamiento prenatal nos puede llevar a mejorar la supervivencia de nuestros pacientes.

Forma de presentación: Poster.

- **Tumor estromal gástrico (GIST): revisión a propósito de un caso en lactante.** E. Calleja Aguayo, R. Delgado Alvira, J. Elías Pollina, I. Pomar Ladaria, J.A. Esteban Ibarz. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivo: Actualización del manejo de los tumores estromales gastrointestinales (GIST) gástricos en pacientes pediátricos a propósito de un caso.

Material y métodos: Lactante de 6 meses que debuta con melenas y anemia ferropénica importante. Diagnosticado con pruebas de imagen de masa sólida gástrica sin enfermedad metastásica. Se realiza gastrectomía parcial reseccando masa tumoral de 45x30 mm polilobulada, sólida y ulcerada en cuerpo gástrico. La patología demostró GIST gástrico con 54 mitosis/10 HFD y alteración en exon 12 de PDGFRA. Se realiza revisión bibliográfica de GIST en menores de 18 años encontrando 17 casos publicados.

Resultados: Estos tumores son infrecuentes en edad pediátrica y sobre todo en lactantes, encontrando en la literatura sólo 3 casos menores de 1 año. En niños el 88% se localiza en estómago siendo más frecuentes en niñas. Hasta el 50% presentan metástasis en su diagnóstico a diferencia de los adultos. El tratamiento es la cirugía radical con pronóstico no previsible pero con supervivencia alta a pesar de metástasis. El imatinib mesylato (inhibidor de receptor tirosina quinasa transmembrana) se usa como tratamiento adyuvante en GIST de adultos sin establecerse pautas en los niños. Los GIST pediátricos carecen de mutaciones en KIT y PDGFRA en su mayoría, existiendo otros genes con sobreexpresión relacionados con mecanismos alternativos de activación de KIT.

Conclusiones: Nuestro caso, único GIST gástrico descrito en menor de 1 año. La infrecuencia de los GIST en edad pediátrica no permite realizar protocolos de actuación. Estudios in vitro demuestran mayor eficacia con fármacos de 2ª generación en GIST con KIT salvaje incluidos los pediátricos.

Forma de presentación: Poster.

- **Papel del uro-TAC multicorte en el diagnóstico de las uropatías complejas.** M.S. Fernández Córdoba, J. González Piñera, Y. Argumosa Salazar, E. Hernández Anselmi, G. Maldonado Hermoso*, J. Sotoca Fernández**, A. Vidal Company**. *Servicios de Cirugía Pediátrica, *Radiología y **Pediatria. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

Objetivo: Con la introducción de la técnica multicorte del TAC multidetector, la urografía con TAC es en la actualidad la mejor alternativa frente a la urografía intravenosa en el estudio de malformaciones urinarias complejas. Presentamos un caso clínico donde esta técnica ha resultado de gran utilidad.

Material y métodos: Varón de 7 meses con diagnóstico prenatal de masa quística retroperitoneal derecha que presentaba infecciones urinarias de repetición. En ecografías postnatales se detectó una gran hidronefrosis derecha con pelvis extrarenal de 4 cm y ureterohidronefrosis izquierda grado II con posible duplicidad bilateral. La CUMS mostró reflujo vesicoureteral izquierdo grado V y grado I derecho. El patrón renográfico fue obstructivo en el riñón derecho. Se decidió realizar TAC multicorte con reconstrucción 3D preoperatorio para una

mejor definición de la uropatía, que evidenció claramente la existencia de una estenosis pieloureteral derecha asociada a una ureterohidronefrosis izquierda con una duplicidad renal incompleta.

Resultados: En función de estos hallazgos, se realizó plastia pieloureteral derecha de Anderson-Hynes y ureteroneocistostomía izquierda con técnica Cohen tras remodelaje ureteral, siendo la evolución postoperatoria satisfactoria.

Conclusiones: En este paciente con una uropatía compleja, la imagen tridimensional del TAC multicorte ha permitido delimitar perfectamente la malformación, lo que ha sido de gran ayuda para plantear el tratamiento quirúrgico. Es una técnica que puede realizarse sin anestesia, incluso en niños pequeños, ya que es capaz de obtener las imágenes en un tiempo muy reducido con menores dosis de radiación que el TAC convencional.

Forma de presentación: Poster.

- **Empleo del VAC (vacuum-assisted closure) en el neonato para el tratamiento de herida abdominal complicada.** S. Pérez Bertólez, I. Fernández Pineda, R. Martín Crespo, A. Pantoja, R. Luque Mialdea. *Complejo Hospitalario de Toledo.*

Objetivo: El tratamiento de heridas con VAC consiste en el empleo de una presión negativa (sub-atmosférica) a través de una esponja de poliuretano (sin látex) que se cubre con un film transparente autoadhesivo, el cual se conecta a un sistema colector sellado. Incrementa la circulación del lecho de la herida promoviendo la neovascularización, succiona el exudado que se genera, disminuye el edema y la colonización bacteriana, promueve la formación de tejido de granulación y proporciona un ambiente húmedo que facilita la cicatrización de heridas agudas o crónicas.

Resultados: Niño pretérmino (34 semanas) de 15 días de vida intervenido por enterocolitis necrotizante mediante laparotomía, resección intestinal y colostomía disociada por contraindicación. Al 7º día postoperatorio se produjo dehiscencia de herida, piel y tejido celular subcutáneo, con mala adherencia de los discos de colostomía, favoreciendo la contaminación de la herida por heces. Al 9º día postoperatorio se inició la terapia local mediante el VAC. Los parámetros empleados fueron: presión 50 mm Hg, intensidad de 10 y modo continuo durante 10 días y posteriormente intermitente, hasta un total de 21 días. No se presentaron complicaciones. El sistema VAC succionó tanto el exudado de la herida como los restos fecaloideos provenientes del estoma proximal. El resultado ha sido el cierre completo de la herida con aceptable aspecto estético.

Conclusiones: El VAC ha sido útil en el cierre precoz de la herida dehiscente y con contaminación fecal de la colostomía en nuestro paciente. Este sistema fácilmente aplicable por enfermería y podría sustituir a otros tratamientos convencionales locales.

Forma de presentación: Poster.

- **Distracción mandibular en el síndrome de Pierre Robin.** A. Lema Carril, M.E. Molina Vazquez, M. García Palacios, J. Gomez Veiras, M. Gomez Tellado, I. Somoza Arguibay, T. Dargallo Carbonell, E. Pais Piñeiro, D. Vela Nieto. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña.*

Objetivo: La secuencia de Pierre Robin caracterizada por micrognatia, glosoptosis y obstrucción respiratoria asocia, sin tratamiento, una mortalidad del 40% debido a la obstrucción provocada por la hipoplasia mandibular que retroposiciona la base lingual. Gran parte de estos pacientes se manejan adecuadamente mediante la posición en decúbito prono manteniéndose la lengua en una posición más anterior. A los pacientes refractarios es necesario aplicar un tratamiento adicional. Diversos mecanismos se han descrito, la cánula nasofaríngea temporal, glosopexia, traqueotomía. Nosotros apostamos por la distracción mandibular.

Material y métodos: Presentamos un paciente recién nacido con esta secuencia que en la unidad de neonatos presenta apneas y caídas de la saturación que no responden al tratamiento conservador. La radiografía de cráneo lateral muestra una interrupción de la columna aérea a nivel orofaríngeo. Realizamos una nasofibroscoopia objetivando la obstrucción retrofaríngea y descartando otras alteraciones. Decidimos colocar un distractor mandibular bilateral externo. Es activado el 3º día después de su colocación a 1 mm diario completando tres semanas.

Resultados: La primera semana ya se observa avance mandibular, alivio significativo de la obstrucción y una mejoría en el manejo general del paciente. Es dado de alta dejándose a la madre la función de avanzar el distractor. El período de consolidación ósea fue de 4 semanas.

Conclusiones: La distracción mandibular es un método eficaz en recién nacidos con la secuencia de Pierre Robin aliviando su obstrucción respiratoria, facilitando su alimentación, evitando traqueotomías y permitiendo una decanulación precoz.

Forma de presentación: Poster.

COMUNICACIONES ORALES XI: CIRUGÍA GENERAL

- **Ciclo de mejora de la calidad en servicios de salud: cumplimentación del documento de Consentimiento Informado de la SECP.** J.P. Hernández Bermejo, R. Ruiz Pruneda, O. Girón Vallejo, J. Sánchez Morote, A. Trujillo Ascanio, J.I. Ruiz Jiménez. *C.S. Virgen de la Arrixaca. Hospital Infantil. Murcia.*

Objetivo: Ciclo de mejora en la cumplimentación del documento de Consentimiento Informado

Material y métodos: Consta de dos fases: *Fase primera:* Dirigida a la identificación objetiva del grado de cumplimiento del Documento de Consentimiento Informado utilizado en nuestro Servicio. Para ello 1º: definimos los Criterios de calidad a evaluar que en nuestro estudio son ocho. Dichos criterios de calidad los hemos evaluado sobre una muestra de 60 casos elegidos de forma aleatoria simple sobre pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas programadas. 2º: Identificación de los Criterios de Calidad con mayor grado de incumplimiento. 3º: Implantación de las acciones de mejora basándonos en el documento de Consentimiento Informado elaborado por la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica. *Fase segunda:* Reevaluación con recogida de resultados. Tamaño muestral de 60 casos elegidos de forma aleatoria simple entre las historias clínicas de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas programadas tres meses después de iniciadas las acciones de mejora. Representaciones de ambas fases con diagramas causa-efecto y diagramas de Pareto.

Resultados: *Fase primera:* descubrimos altas tasas de incumplimientos en los criterios de: definición clara del proceso quirúrgico; identificación y firma del médico informante así como la identificación y firma del representante legal del paciente. *Fase segunda:* se recoge una mejora significativa en el grado de cumplimiento de los criterios evaluados, con un alto grado de satisfacción con la implantación del documento Consentimiento Informado de la SECP.

Conclusiones: Los ciclos de evaluación y mejora de la calidad asistencial se muestran altamente eficaces como herramientas para conseguir un alto cumplimiento del documento de Consentimiento Informado.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Experiencia docente con las sesiones de Morbi-Mortalidad.** I. Tuduri, M.J. Moya, R. Granero, J. Morcillo, D.A. Aspiazú, I. Fernández-Pineda, R. Cabrera, J.C. De Agustín. *Unidad docente de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: El programa docente de la especialidad contempla la realización obligatoria de una sesión de Morbi-Mortalidad (SMM) mensual. Pese a estar considerada por los manuales americanos como la hora más importante para la docencia muy pocos servicios del país la realizan. Queremos presentar nuestra experiencia durante un año de SMM.

Material y métodos: Un residente y un adjunto se encargan de recopilar y seleccionar las complicaciones que son presentadas en una sesión interna del servicio cada 1-2 meses. Tras la presentación junto a sus pruebas complementarias se abre un turno de preguntas sobre el caso previo a la revisión crítica basada en la bibliografía. Por último se clasifica la complicación en error de técnica, de diagnóstico, de juicio quirúrgico o debida a la propia enfermedad y se pasa al turno de réplica de los implicados. No existen inmunidades, excepciones y la crítica positiva se combina con un toque de humor negro.

Resultados: Tras 7 sesiones en un año, la SMM ha tenido una gran aceptación en el servicio, con una afluencia cercana al 100%. Hemos analizado 31 casos, agrupados en 21 patologías diferentes. Las discusiones siempre han discurrido de forma positiva y científica, no existiendo enfados ni roces. Los residentes la consideran muy importante en su formación, y los rotantes externos han valorado favorablemente la experiencia mediante encuestas, deseando una similar en su servicio.

Conclusiones: Se debería realizar una SMM crítica en todo servicio docente. El análisis crítico de las complicaciones es básico en el proceso docente. Para evitar roces innecesarios, la clave es el humor.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Torsión ovárica ¿es posible la recuperación de la función mediante el tratamiento conservador?** B. Sánchez-Vázquez, M. Asensio, N. Brun, G. Royo, C. Marhuenda, J. Lloret. *Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivo: Análisis de los resultados obtenidos en los casos de torsión de ovario tratados mediante detorsión.

Material y métodos: Casos de torsión de ovario atendidos en nuestro centro durante el año 2007. Se realizaron controles ecográficos y con ECO-doppler a las 24 horas post-detorsión y con un seguimiento máximo de 22 meses. Se valoró la presencia de flujo y folículos como marcadores de recuperación de la función.

Resultados: En 5 pacientes se atendieron 6 casos de torsión de ovario. En 5 episodios se realizó detorsión –3 vía laparoscópica y 2 vía abierta– y en 1, ooforectomía. En 3 casos se realizó así mismo ooforopexia a pared abdominal. En los controles ecográficos posteriores, en 4 casos los ovarios presentaban flujo y folículos, y en 1 caso el ovario presentaba un aspecto heterogéneo, pero con flujo.

Conclusiones: A pesar de tratarse de una muestra muy pequeña y un seguimiento a corto plazo, no se han presentado complicaciones y los resultados son esperanzadores, lo que permite continuar utilizando la detorsión como tratamiento de las torsiones ováricas, y de esta manera, conservar tanto la función hormonal como la reproductiva.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Criptorquidia laparoscópica ¿descenso en primer o segundo tiempo?** N. Brun, M. Asensio, J. Broto, C. Piró, J.A. Martín. *Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron.*

Objetivo: Estudio retrospectivo comparando el descenso laparoscópico en uno o dos tiempos de los pacientes afectados de testículos no palpables en los últimos 5 años.

Material y métodos: La técnica quirúrgica se inicia con un primer acceso supraumbilical, evaluación y localización de

la gónada decidiendo el descenso en uno o dos tiempos dependiendo de la localización de ésta respecto al orificio inguinal interno y su movilidad. En los casos de descenso en un solo tiempo nunca se seccionan los vasos espermáticos.

Resultados: Entre el 2004 y el 2008 se han intervenido 32 pacientes mediante laparoscopia en nuestro centro. Tres pacientes presentaban criptorquidia bilateral (9,4%) en el momento de la exploración y 29 pacientes (90,6%) presentaban criptorquidia unilateral, de los cuales 16 el teste criptorquídico era el izquierdo y 13 el derecho. En cuatro pacientes se observó agenesia gonadal y en un paciente se hallaron restos testiculares atróficos, realizando orquidectomía. El descenso laparoscópico se realizó en 20 casos mediante técnica de Stephen Fowler y en 7 casos se realizó descenso en un solo tiempo. En el seguimiento al año hemos observado tres casos con disminución de tamaño testicular en el descenso laparoscópico tipo Stephen Fowler (15%) y tres casos en los de un solo tiempo (42,9%), el resto de pacientes presentan una evolución satisfactoria.

Conclusiones: En nuestra serie observamos peores resultados finales en aquellos testículos que han sido descendidos en un solo tiempo. La selección de gónadas que se descenden en un solo tiempo debe limitarse a testes móviles y muy próximos al orificio inguinal.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **¿Es el hidrocele una complicación menor de la varicolectomía según técnica de Palomo?** B. Sánchez-Vázquez, M. Asensio, C. Piró, J.A. Martín, N. Brun, G. Royo. *Hospital Vall d Hebron. Barcelona*

Objetivo: Analizar los casos de hidrocele secundarios a varicolectomía utilizando la técnica de palomo: efecto de la ligadura conjunta de arteria y vena y las diferentes opciones terapéuticas.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos de varicocele entre 1994 y 2008 mediante técnica de palomo abierta o laparoscópica que han presentado hidrocele.

Resultados: De los 68 casos de varicocele intervenidos mediante técnica de palomo, 23 (15 vía abierta y 7 laparoscópicos) presentaron hidrocele. La incidencia de hidrocele fue del 24% en los casos de ligadura de vena y del 61,1% en los de ligadura conjunta de arteria y vena. La actitud en la mayoría de los casos fue conservadora; en 10 pacientes se requirió aplicar algún tratamiento: 4 eversions de la vaginal, 4 inyecciones de oleato de etanolamina y 2 punciones coincidiendo con herniorrafia. A pesar del tratamiento el hidrocele persistió en 4 casos.

Conclusiones: La técnica de palomo presenta una incidencia de hidroceles no despreciable (33,8%). En la mayoría de los casos se trata de una complicación menor y autolimitada, pero hasta en el 43% de los casos requirió tratamiento, con falta de resolución en un 40%. En la técnica de Palomo, la ligadura conjunta de arteria y vena presenta una mayor incidencia

de hidrocele que la ligadura exclusiva de vena, pero no ligar la arteria ha sido descrito como motivo de recidiva. En nuestra opinión esta técnica debe ser abandonada en el tratamiento del varicocele.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Diez años de herniorrafias laparoscópicas. Indicaciones y resultados.** R. Tejedor, A. García Vázquez, S. Fuentes, M. López, D. Cabezalí, I. Cano, C. Moreno. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivo: La herniorrafia inguinal es una cirugía frecuente en la población pediátrica aunque su manejo laparoscópico, hoy en día, no se considera la técnica estándar. El objetivo del estudio es revisar los resultados de nuestra serie y evaluar el lado contralateral en pacientes que presentan hernia inguinal unilateral.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las herniorrafias laparoscópicas en nuestro Hospital desde el inicio de la técnica en el año 1999 con un total de 349 pacientes. Las indicaciones de laparoscopia han sido la existencia de hernia umbilical asociada, sospecha de hernia contralateral, duda diagnóstica, recidiva de cirugía abierta y tumoración bilateral. Se han analizado los siguientes parámetros: sexo, diagnóstico asociado, correlación diagnóstica, complicaciones intra y postoperatorias, tiempo de intervención y seguimiento.

Resultados: Se repararon laparoscópicamente 468 hernias en 349 pacientes. Predominaron los varones frente a las mujeres (30%). En 38 pacientes (11%) el diagnóstico se realizó durante otra intervención. Obtuvimos correlación diagnóstica en 190 pacientes (54%). Casi la mitad de pacientes con diagnóstico preoperatorio de hernia inguinal unilateral tenían hernia inguinal bilateral. 39 pacientes con sospecha de recidiva de herniorrafia abierta fueron reintervenidos por laparoscopia. Sólo tuvimos un 2% de complicaciones intraoperatorias y un 2% de recidivas. El tiempo medio fue 35 minutos y el periodo de seguimiento de 10 años.

Conclusiones: La herniorrafia laparoscópica puede ser un procedimiento de rutina con resultados equiparables a la cirugía abierta. La laparoscopia nos ofrece una buena visión de la anatomía identificando fácilmente el defecto siendo una técnica cada vez más empleada en el ámbito de la cirugía pediátrica.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Calidad de vida en los niños intervenidos de atresia de ano.** M.E. Molina Vázquez, A. Lema Carril, M. García Palacios, J. Gómez Veiras, I. Somoza Arguibay, M. Gomez Tellado, T. Dargallo Carbonell, E. Pais Piñeiro, D. Vela Nieto. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña.*

Objetivo: Valorar la función intestinal a largo plazo y calidad de vida de los niños intervenidos de atresia de ano.

Material y métodos: Seleccionamos 20 niños intervenidos de MAR según Peña en 5 años. Según la historia y entrevistas familiares, recogemos datos generales y quirúrgicos, manejo del hábito intestinal y continencia. Ellos valorarán subjetivamente su calidad de vida. Rango de seguimiento de 3 a 24 años.

Resultados: Obtenemos 13 niñas y 7 niños. El tono anal está disminuido a la exploración en el 3 casos lo cual se relaciona directamente con incontinencia. El 60% padecen estreñimiento, 5% hiperactividad intestinal (MAR alta) y 35% hábito normal. El 100% de los pacientes estreñidos responden al manejo y los encopréuticos dejan de manchar (seudoincontinentes), quedando 6 pacientes con pérdidas (incontinentes verdaderos), 4 de ellos se manejan adecuadamente con enemas de limpieza personalizados, otro está sin tratamiento para sus pérdidas y el último, con hiperactividad intestinal, pendiente de tratamiento antiperistáltico previo a enemas de continencia. El 26% de los casos presenta síndrome enurético. La media de calidad de vida sobre 10 evaluada por los padres es de 8, (rango 4-10) las peores valoraciones están directamente relacionadas con la incontinencia y edad escolar. A mayor edad mejor manejo intestinal.

Conclusiones: El manejo protocolario de las MAR permite que los pacientes tengan una continencia, hábito y percepción casi óptima de su calidad de vida. Esto se convierte en impotencia para los pacientes si no son seguidos a largo plazo por un médico formado al respecto sobre todo durante la edad escolar.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Laparoscopia en la hernia inguinal: valor diagnóstico de la técnica.** R. Tejedor, A. García Vázquez, S. Fuentes, M. López, D. Cabezalí, I. Cano, C. Moreno, M. Benavent, A. Gómez. *Sección de Cirugía General. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivo: Revisar retrospectivamente los resultados de nuestra serie intentando definir el valor diagnóstico de la técnica laparoscópica en relación con los signos clínicos y valorar la necesidad o no de intervenir los orificios inguinales internos abiertos asintomáticos.

Material y métodos: Hemos intervenido a 349 pacientes desde julio del 1999 a diciembre de 2008. Las indicaciones para realizar la herniorrafia laparoscópica han sido la hernia bilateral, la presencia de hernia umbilical asociada, sospecha de hernia contralateral, duda diagnóstica y la recidiva de cirugía abierta. Analizamos sexo, correlación entre el diagnóstico preoperatorio y postoperatorio, complicaciones, tiempo quirúrgico y seguimiento.

Resultados: Se repararon laparoscópicamente 468 hernias en 349 pacientes. Predominaron los varones con un 70% frente al 30% de la niñas. En 38 pacientes (11%) el diagnóstico se realizó durante otra intervención. Obtuvimos correlación diagnóstica en 190 pacientes (54%). De los 118 pacientes con

diagnóstico inicial de hernia inguinal derecha (HID) se encontró hernia inguinal bilateral (HIB) en 49 pacientes (41%) y de los 66 pacientes con hernia inguinal izquierda (HII) se encontró HIB en 29 pacientes (43%). En 26 pacientes (22%) de los 119 con diagnóstico preoperatorio de HIB no hubo correlación. Tuvimos un 2% de complicaciones intraoperatorias leves, y un 2% de recidiva

Conclusiones: La laparoscopia ofrece una buena visión anatómica identificando fácilmente el defecto y se emplea cada vez más en pediatría. La herniorrafia laparoscópica puede ser un procedimiento de elección en determinados grupos de pacientes por su alto valor diagnóstico y con resultados equiparables a la cirugía abierta.

Forma de presentación: Oral 3 min.

COMUNICACIONES ORALES XII: CIRUGÍA GENERAL

- **Apendicectomía laparoscópica con endolazo de poliglactin: resultados de nuestra experiencia de 110 casos.** C. Cebrián Muños, V. Álvarez Muñoz, N. Vega Mata, Á. Gómez Farpón, C. Granell Suárez, C. Martínez-Almoyna Rullán. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivo: Existen diversas técnicas de apendicectomía laparoscópica (AL), con diferentes requerimientos de material y abordaje. Presentamos los resultados de nuestra serie, donde empleamos el gancho monopolar para sección del mesoapéndice y endolazo doble de poliglactin para la ligadura de la base apendicular, exteriorizando la pieza a través del trócar de Hasson sin contacto con la pared abdominal, en un procedimiento completamente cerrado.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de AL urgentes realizadas en los últimos 10 años en nuestro centro. El manejo estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: Se realizaron 110 AL urgentes, con un trocar de Hasson umbilical y dos trócares de trabajo de 5 mm en vacío izquierdo y fosa ilíaca izquierda. La duración media de la intervención fue de 74,7 minutos (mediana 70 min, D.S. 24,43 min, rango 25-130). Aparecieron complicaciones postoperatorias en 10 pacientes (9,09%), consistentes principalmente en absceso intraabdominal en 6 pacientes (5,4%) e infección de herida quirúrgica en 3 (2,7%). Ningún paciente presentó complicaciones mayores como hemorragia no controlada, perforación visceral o dehiscencia del muñón apendicular. No hubo ninguna reconversión. Ningún paciente fue reintervenido. La estancia hospitalaria media fue de 5,6 días (mediana 5, D.S. 3,7, rango 1-22).

Conclusiones: La AL con endolazo de poliglactin es una técnica íntegramente laparoscópica y segura. El abordaje con trocar de Hasson y dos puertos de 5 mm ofrece un resultado

estético muy satisfactorio. El material empleado resulta más económico que en otras técnicas que precisan bisturí ultrasónico, grapadoras-endocortadoras o endoclipadoras.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Manejo conservador de la invaginación ileoileal.** L. Mangas, J. Gómez-Chacón, R. García, V. Marjuan, C. Gutiérrez, C. García-Sala. *Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

Objetivo: Análisis retrospectivo de una serie de invaginaciones ileoileales con manejo inicial no quirúrgico

Material y métodos: Durante Enero de 2006 hasta Diciembre de 2008 se diagnosticaron ecográficamente 15 invaginaciones ileoileales que se estudian retrospectivamente. Se practica protocolo de manejo no quirúrgico, con seguimiento clínico y ecográfico en 12-24 horas. Se analiza el tratamiento realizado en cada caso y su seguimiento posterior

Resultados: Encontramos 15 casos. La actitud inicial fue expectante, con seguimiento clínico y repetición de la ecografía abdominal en 12-24 horas. 2 casos precisaron tratamiento quirúrgico (13,3%): por empeoramiento clínico y ecográfico y por sospecha de cabeza de invaginación. Un procedimiento fue laparoscópico (desinvaginación instrumental sin hallazgo de cabeza de invaginación) y el otro laparotomía (cuadro adherencial). Ningún caso de resección intestinal. 13 casos no precisaron tratamiento quirúrgico (86,7%). En 12 casos ecografía normal a las 24 horas y en uno a cuarto día.

Conclusiones: La incidencia diagnóstica de las invaginaciones ileoileales ha aumentado por la mejora de la tecnología ultrasónica. La literatura aporta datos dispares respecto al tratamiento, siendo las publicaciones radiológicas las que definen características que permiten un manejo expectante esperando la resolución espontánea de la invaginación. En nuestra serie solo se precisó intervención quirúrgica en el 13% (dos de los casos) por lo que consideramos una actitud terapéutica correcta. Se necesitarían estudios prospectivos para definir correctamente las variables que puedan indicar un tratamiento quirúrgico inicial.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Resultados a largo plazo en la colitis ulcerosa tratada con coloproctectomía e ileoanostomía.** S. Barrena, L. Martínez, F. Hernández, L. Lassaletta, M. López-Santamaría, G. Prieto*, J. Larrauri**, J.A. Tovar. *Departamento de Cirugía Pediátrica. *Servicio de Gastroenterología Pediátrica. **Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivo: El tratamiento de la colitis ulcerosa (CU) refractaria al tratamiento médico requiere colectomía total con ileoanostomía. El objetivo de nuestro estudio es analizar el resultado a largo plazo en estos pacientes.

Material y métodos: Revisamos los pacientes operados por CU entre 1992 y 2008 con atención a las complicaciones y el resultado a largo plazo en términos de continencia (escala de Holschneider modificada) y calidad de vida (encuesta telefónica estandarizada).

Resultados: De 107 pacientes diagnosticados de CU, 3 tenían colitis indeterminada y se excluyeron, 26/104 se operaron (26%) con una edad media de $10,7 \pm 4,1$ años. Ocho necesitaron una colectomía de urgencia (3 megacolon y 5 hemorragia grave). A 25 se les realizó una proctocolectomía e ileoanostomía (PCIA), con (18) o sin (11) reservorio en J e ileostomía de descarga. Las complicaciones fueron frecuentes (40%) y 5 niños (20%) son portadores de una ileostomía definitiva. En total requirieron de 76 intervenciones. A largo plazo los pacientes tienen $6,3 \pm 3$ deposiciones/día. Todos son continentes durante el día y un 25% presentan escapes nocturnos. La media de la escala de Holschneider (5-12) fue de $8,8 \pm 2$ (resultado aceptable-bueno). La calidad de vida era buena en todos, todos estaban escolarizados, con estudios universitarios o con vida laboral normal. Un 60% de los pacientes mayores de 18 tienen pareja estable.

Conclusiones: La naturaleza de la CU obliga a cirugía difícil y frustrante pero ésta puede cambiar la vida de los pacientes proporcionándoles una calidad de vida razonable a largo plazo.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Pancreatitis aguda en niños: nuestra experiencia con 24 pacientes.** P. Taboada Santomil, A. rmas Álvarez, J.M. Pradillos Serna, A. Bautista Casasnovas, P. Rodríguez Barca, E. Estévez Martínez, R. Méndez Gallart, R. Varela Cives. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.*

Objetivo: Evaluar incidencia, etiología y evolución de las pancreatitis agudas en el servicio de cirugía pediátrica de un hospital universitario.

Material y métodos: Revisar a todos los pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda en nuestro servicio durante un período de 15 años. El diagnóstico de pancreatitis requirió unos niveles séricos de amilasa o lipasa por encima de 3 veces los valores normales o la evidencia radiológica de pancreatitis.

Resultados: Fueron registrados 29 episodios de pancreatitis en 24 pacientes. Las etiologías más frecuentes fueron patología biliar en 6 casos (25%), enfermedad sistémica en 3 casos (12,5%), traumatismo en 3 (12,5%), infecciosa en 3 (12,5%), secundaria a tóxico en 1 caso (4%), idiopática en 5 casos (20,8%), 2 casos fueron postcirugía y 1 hereditario. 7 pacientes desarrollaron 10 complicaciones, 5 pseudoquistes pancreáticos, 2 trastornos hidroelectrolíticos, 1 hematemesis, 1 sepsis por catéter y 1 derrame pleural. 4 casos de pseudoquiste pancreático requirieron cirugía (cistogastrostomía), 1 paciente tuvo evolución favorable con tratamiento conservador. La amilasa y lipasa séricas estaban elevadas en el 75% y 70,8%

de los pacientes, respectivamente. 18 pacientes (70,8%) evolucionaron favorablemente con tratamiento médico y 7 pacientes requirieron cirugía (3 cistogastrotomías, 3 colecistectomías y 1 paciente ambos procedimientos). La estancia hospitalaria media fue de 14,3 días, que aumentó a 26,8 días en pacientes que necesitaron cirugía.

Conclusiones: La pancreatitis es más frecuente en niños de lo que se pensaba. Los factores etiológicos más relevantes son la patología biliar, traumatismo, infección, origen idiopático y enfermedad sistémica. La evolución de la pancreatitis depende de los trastornos concurrentes.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Enterocolitis isquémica en el postoperatorio de cirugía cardíaca.** A. Laín, A. Cañizo, M. Fanjul, N. Carrera, C. Corona, A. Tardáguila, J. Cerdá, E. Molina, J.A. Matute, M.A. García Casillas, D. Peláez, A. Parente, M. Camino, E. Panadero, J.L. Zunzunegui. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivo: Analizar los factores relacionados con la aparición de la enterocolitis isquémica en pacientes sometidos a cirugía cardíaca y su pronóstico.

Material y métodos: Estudiamos 750 pacientes intervenidos por la sección de cirugía cardíaca pediátrica entre 2000 y 2008. Hallamos 12 niños (8 varones, 4 mujeres), con edades entre 5 días y 17 años, afectados por enterocolitis isquémica. Estudiamos los factores de riesgo asociados a su aparición, modo de presentación, tratamiento y evolución.

Resultados: Tres pacientes presentaron ventrículo izquierdo hipoplásico, 3 tetralogía de Fallot, 2 D-Trasposición de grandes arterias, 2 ventrículo único, 1 canal AV y 1 miocardiopatía dilatada. Todos presentaron inestabilidad hemodinámica que requirió drogas vasoactivas a dosis máximas. Cuatro presentaron complicaciones intraoperatorias. Tres precisaron E CMO. La clínica comenzó al 8º día postoperatorio (rango 1º-24º). Todos presentaron dolor y distensión abdominal, 9 débito bilioso, 4 sangrado abdominal y 4 empastamiento de pared. El hallazgo radiológico más común fue distensión de asas (8). Sólo 3 presentaron neumoperitoneo. Cuatro mejoraron con tratamiento conservador y otros dos no pudieron intervenir por inestabilidad hemodinámica y fallecieron. Seis pacientes se intervinieron, todos los cuales presentaron perforaciones en colon. Cuatro fallecieron, 3 por inestabilidad hemodinámica en el postoperatorio inicial y otro por isquemia intestinal total. Los otros dos pacientes intervenidos sobrevivieron.

Conclusiones: La enterocolitis isquémica se asocia a patologías cardíacas complejas con intervenciones prolongadas. Todos los pacientes sufren inestabilidad hemodinámica previa al episodio. Los casos leves curan con tratamiento conservador, pero la mayoría requieren tratamiento quirúrgico. Afectan al colon y tienen una evolución desfavorable debido al compromiso hemodinámico del paciente.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Modificaciones de las curvas de glucemia y vaciamiento gástrico de los niños con síndrome de dumping tras cirugía de Nissen laparoscópico.** O. Sánchez París¹, O. Manrique Moral², J. Mira Navarro¹, J. Verdú³, A. Encinas¹, F. Clemente Yago², N. Garramone Trinchieri¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. ²Unidad de Gastroenterología Infantil Hospital General Universitario de Alicante. ³Unidad de Medicina Nuclear. Hospital San Juan. Alicante.

Objetivo: Estudiar los niveles de glucosa e insulina y los efectos de la motilidad gástrica en los pacientes afectos de síndrome de dumping tras cirugía de Nissen laparoscópico.

Material y métodos: Se han estudiado 8 pacientes (3 niños y 5 niñas) de edades comprendidas entre 3 y 12 años (media de 9 años) diagnosticados de síndrome de dumping tras la realización de Nissen laparoscópico. Se les realizó un estudio de vaciado gástrico por gammagrafía tras administración de un volumen de leche adecuado a su peso marcado con Tc99 DTPA y test de sobrecarga oral con 1,75 g de glucosa vía oral determinando la glucemia basal y a los 0, 30, y 90 minutos postingesta. Se determinó la insulina para determinar la relación glucemia/insulina. El estudio se realizó a todos los pacientes diagnosticados de síndrome de dumping antes y después de la cirugía de Nissen laparoscópico.

Resultados: De los 8 niños incluidos solo se pudo completar el diseño del estudio en 6 por problemas técnicos. Los resultados obtenidos se adjuntan en la Tabla I:

	Sdre. Dumping		t-Student
	Pre-Nissen	Post-Nissen	
Glucemia máxima	133,9 (32,11)	208,5 (45,07)	P<0,002
Glucemia mínima	62,6 (11,51)	71,8 (28,04)	P<0,416
Relación glucosa/insulina	4,6 (3,04)	2,3 (1,62)	P<0,097
T ½	73,75 (28,34)	29,74 (7,92)	P<0,011

Conclusiones: 1) Se encontró un aumento significativo de la glucemia máxima en todos los niños tras cirugía diagnosticados de síndrome de dumping. 2) Se encontró una disminución significativa del tiempo medio del vaciamiento gástrico y por lo tanto un aumento en la aceleración del vaciamiento gástrico tras la realización del Nissen.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Gastrotomía percutánea: ¿cuándo asociar cirugía antirreflujo?** C. Corona, A. Cañizo, J. Cerdá, A. Laín, M. Fanjul, N. Carrera, A. Tardáguila, E. Molina, M.A. García-Casillas, A. Parente, J.A. Matute, D. Peláez. *Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón, Madrid.*

Objetivo: La gastrotomía percutánea es un procedimiento ampliamente realizado en niños con dificultad para la deglución.

ción o intolerancia a la alimentación oral. A la hora de realizar la indicación, con frecuencia se plantea la necesidad de una cirugía antirreflujo en el mismo procedimiento. El objeto de este estudio es analizar qué factores preoperatorios se relacionan con un riesgo mayor de precisar posteriormente una funduplicatura.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de casos y controles de 71 pacientes a los que se ha realizado gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) por nuestro servicio desde 1997 a 2008. Comparamos dos grupos: Grupo A (n=11): pacientes con reflujo severo tras la realización de PEG que han precisado cirugía antirreflujo; grupo B (n=60): pacientes que permanecen sin reflujo tras la gastrostomía. Analizamos los distintos factores preoperatorios que podrían relacionarse con la aparición de RGE severo postgastrostomía.

Resultados: La media de edad en el momento de realización de la PEG fue de 15,7 meses (rango 21 días a 12 años), y el tiempo medio de seguimiento 3,5 años. Sólo la presencia de enfermedad neurológica y pruebas preoperatorias compatibles con RGE se relacionan de forma estadísticamente significativa con la necesidad de posterior cirugía antirreflujo.

Conclusiones: La presencia de enfermedad neurológica y RGE diagnosticado previamente a la realización de una PEG son indicación de cirugía antirreflujo en el mismo tiempo quirúrgico.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Telemedicina en Cirugía Pediátrica. Utilidad en Comunidades con importante dispersión geográfica.** R. Beltrà Picó, Santamaría Betancourt*. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. España *Sección Operativa Programa Tele Salud. Caja Costarricense del Seguro Social. Costa Rica.*

Introducción: Describir las muy útiles posibilidades que los grandes avances técnicos y tecnológicos en Telecomunicaciones están teniendo, como así lo reconocen distintas Organizaciones Sanitarias Internacionales, en el campo de la Tele Salud. Los cuatro componentes fundamentales que la configuran son la Telemedicina, la Teleadministración, la Televigilancia y la Teleeducación.

Material y Métodos: Presentamos en esta comunicación una primera aproximación a los fundamentos, aplicaciones y utilidad de la Telemedicina en Cirugía Pediátrica. Utilizamos para ello la configuración para una Comunidad Autónoma con importante dispersión geográfica de su población, que repercute de manera significativa en la asistencia quirúrgica a los niños tributarios de precizarla, fundamentalmente en casos de urgencias inmediatas y/o diferidas. Se analizan los condicionantes de distancias entre los Hospitales de Atención Especializada de referencia y los Hospitales Comarcales, así como las características de los medios de transporte, evaluándose los múltiples beneficios que aporta la Telemedicina.

Conclusiones. Habiendo superado a nivel mundial el filtro del tiempo, del uso y de la utilidad innegable, aportamos la idea

de su factibilidad para implantarla en múltiples territorios y poblaciones de España que, por sus características geográficas, demográficas y socio-sanitarias, están permanentemente amenazadas por una falta de equidad asistencial con respecto a otras zonas poblacionales más afortunadas y/o beneficiadas.

Forma de presentación: Oral 3 min.

COMUNICACIONES ORALES XIII: ONCOLOGÍA

- **Análisis comparativo entre la técnica de Seldinger vs disección abierta en la implantación de reservorios intravenosos.** D.A. Aspiazú, R. Cabello, I. Tuduri, J. Morcillo, M.C. García-Vallés, J.C. de Agustín. *Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: Analizar ventajas y desventajas de la técnica de Seldinger (TS) frente a la disección abierta (DA) en la implantación de reservorios intravenosos (RIVS), comparando tiempos quirúrgicos y complicaciones.

Material y métodos: Realizamos un estudio analítico retrospectivo tipo cohortes históricas, comparando nuestra experiencia en la implantación de RIVS por DA y por TS. Analizamos parámetros clínicos, quirúrgicos, destacando el tiempo operatorio y las complicaciones intra/postoperatorias.

Resultados: Analizamos 193 RIVS (119 DA, 74 TS), implantados principalmente para quimioterapia (83,41%). El tiempo quirúrgico utilizado en procedimientos únicos fue de $72,85 \pm 29,35$ minutos para DA frente a $62,83 \pm 20,08$ minutos el Seldinger ($p < 0,05$). No hubo diferencias operador-dependientes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las poblaciones de las dos cohortes estudiadas ni en el porcentaje de complicaciones. Los RIVS de mayor tamaño presentaron una media mayor de necrosis de piel ($p > 0,05$) en cambio, los de menor tamaño presentaron mayor tasa de infección (16% sobre 7,7% $p > 0,05$). Tanto en la TS (51,67 vs 98,14 min) como en la DA (78,56 vs 123,61 min) el tiempo operatorio fue menor en los accesos venosos izquierdos. ($d = 171$ vs $i = 19$) Tras complicaciones se retiró el RIVS en 121 días de media.

Conclusiones: La TS eliminó la pérdida definitiva de los accesos venosos intervenidos, pudiendo reutilizar la misma vena para la colocación de RIVS posteriores. La TS reduce el tiempo quirúrgico, sin incrementarse las complicaciones. El acceso venoso izquierdo no implica mayor tiempo quirúrgico. Las complicaciones podrían estar en relación al tamaño del RIVS.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Tumores testiculares en niños menores de 15 años.** M. Pascual, A. Bujons, J. Caffarati, N. Ramalho, J.M. Garat, H. Villavicencio. *Fundació Puigvert. Barcelona.*

Objetivo: Evaluación del tratamiento quirúrgico conservador o radical en niños con tumoración testicular.

Material y métodos: Estudio retrospectivo desde enero del 1980 hasta enero del 2009 de los pacientes hasta 15 años intervenidos de tumoración testicular. Hemos analizado las características clínicas, procedimientos diagnósticos, tratamiento, resultados anatomopatológicos y evolución posterior.

Resultados: Se han intervenido 15 tumores testiculares primarios con una edad media de 10 años (6 meses-15 años). La manifestación clínica principal ha sido de masa testicular palpable (80%). El procedimiento diagnóstico ha sido mediante ecografía escrotal, y sólo en un caso se ha producido aumento de los marcadores tumorales. En 6 pacientes (40%) se ha realizado una orquiectomía radical y en 9 (60%) una orquiectomía parcial. En todos los casos de orquiectomía parcial la anatomía patológica ha sido benigna. De las 6 orquiectomías radicales, 3 han presentado anatomía patológica maligna (2 tumores germinales mixtos y 1 gonadoblastoma) y 3 anatomía patológica benigna (1 quiste epidermoide, 1 teratoma maduro y 1 tumor de la granulosa juvenil). Globalmente hemos tenido un 20% de tumoraciones malignas (3:15). La evolución clínica posterior ha sido satisfactoria en todos los casos después de 185 meses de seguimiento, excepto en un paciente que se manifestó con patología metastásica en el momento inicial y del cual se ha perdido el control.

Conclusiones: Los tumores testiculares en menores de 15 años son poco frecuentes. La mayoría de ellos son benignos y entre los malignos los que predominan son los de tipo germinal. Siempre que sea posible se hará orquiectomía parcial.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Resultados a largo plazo de los tumores tiroideos infantiles.** R. Cabello, D. Aspiazu, I. Tuduri, J. Morcillo, C. García-Vallés, J.C. de Agustín. *Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: Analizar una serie de casos diagnosticados de tumores tiroideos, valorando el impacto de la punción aspirada con aguja fina (PAAF) en el diagnóstico, el resultado quirúrgico, complicaciones y evolución.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes intervenidos por tumor tiroideo en nuestro servicio.

Resultados: Catorce pacientes han sido intervenidos, con edades comprendidas entre 4 y 15 años, 11 eran niñas y 3 niños. La masa cervical fue la forma de presentación más común: 11 como masa tiroidea y 3 como adenopatías. Excluyendo un caso que se demoró 3 años, el tiempo desde la aparición de la masa hasta su diagnóstico osciló entre 1 y 7 meses. Se realizaron 11 PAAF y 2 biopsias ganglionares. Efectuamos 7 tiroidectomías totales con linfadenectomía, 4 hemitiroidectomías, 2 quistectomías y 1 tiroidectomía subtotal bilateral con linfadenectomía. Los diagnósticos histológicos fueron 8 carcinomas papilares, 1 carcinoma de células de Hutler, 2 adenomas foliculares, 1 adenoma de células de Hutler y 2 bocios. La PAAF se correspondió con el diagnóstico definitivo en 8 de 11

(VPP=72%), siendo 2 erróneas y 1 no concluyente. Presentaron metástasis al diagnóstico 7 pacientes. Hubo 7 recurrencias entre los carcinomas papilares. Todos han sobrevivido, con un seguimiento superior a los 10 años en 7 casos.

Conclusiones: Los tumores tiroideos en el niño presentan una alta frecuencia de malignidad, elevada tasa de metástasis al diagnóstico y alto índice de recurrencias. Sin embargo la supervivencia es excelente. Validamos también el rendimiento diagnóstico de la PAAF en este tipo de tumores infantiles.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Utilidad de la punción aspirado con aguja fina (PAAF) en el diagnóstico del tumor de Wilms. Uso previo al tratamiento quimioterápico.** R. Cabello, I. Tuduri, D. Aspiazu, R. Granero, C. García-Vallés, J.A. García-Cantón, J.C. de Agustín. *Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: La quimioterapia previa al tratamiento quirúrgico del tumor de Wilms (TW) disminuye el riesgo de rotura del tumor y disminuye su estadiaje. Sin embargo, el tratamiento sin confirmación histológica puede llevarnos a tratar inadecuadamente otros tumores. Evaluar el valor de la PAAF en el diagnóstico histológico del TW previo al tratamiento quimioterápico y los cambios histológicos tras este.

Material y métodos: Analizamos los diagnósticos histológicos obtenidos con la PAAF realizada bajo control ecográfico y con sedación y los correlacionamos con los definitivos tras la nefrectomía. Así mismo analizamos los cambios histológicos tras la quimioterapia.

Resultados: Hemos analizado 83 pacientes con sospecha diagnóstica de TW, realizándose PAAF en 63 de ellos. En 51 de los 52 pacientes a los que la PAAF diagnóstico de TW, el diagnóstico fue correcto (VPP: 98%). En 8 casos la PAAF emitió un diagnóstico diferente al de TW, de los que 5 finalmente no fueron TW y 3 sí (VPN: 62,5%). No fueron concluyentes 3 PAAF. La sensibilidad fue del 94,4% y la especificidad del 83,3%. No se presentaron efectos indeseables con la técnica. La histología de las piezas tras quimioterapia mostró una importante disminución del componente blastematoso.

Conclusiones: La PAAF permite confirmar el diagnóstico de sospecha de TW evitando tratamientos inadecuados. La discordancia diagnóstica en nuestra serie puede haber tenido como principal causa la diferenciación estromal.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Utilidad de los radioisótopos en la Cirugía Oncológica Pediátrica.** J. Lerena, L. Krauel, M. Vancells, R. Carrasco, A. Morales*, B. García Nuñez, F. Cáceres, O. Cruz *, S. Mañe**, J.M. Ribó. *Servicio de Cirugía Pediátrica Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona. *Servicio de Oncología Pediátrica Hospital Sant Joan de Deu Barcelona. **CETIR Barcelona.*

Objetivo: La cirugía radiodirigida ha evolucionado significativamente en los últimos años, con la introducción sobre todo del ganglio centinela para tratar el melanoma, el carcinoma mamario y otros tumores sólidos. Exponemos en éste trabajo la experiencia de nuestra institución pediátrica.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, revisión de casos clínicos en los que se utilizó sonda gammadetectora intraoperatoria, previa administración del radio-trazador. Diagnóstico anatomopatológico de cada una de las muestras.

Resultados: Se estudiaron 5 pacientes, edades comprendidas entre 1 y 15 años, 1 niño y 4 niñas. Afectos de diferentes patologías: Neuroblastoma (1), Paraganglioma (1), Melanoma facial (1), MEN IIa (1), MEN IIb (1)

Conclusiones: Es una técnica que acorta el tiempo quirúrgico y nos permite localizar con exactitud el tejido tumoral por pequeño que sea, lo que puede repercutir en una mayor supervivencia o incluso la curación del paciente. En tumores de localización profunda, el empleo de sondas laparoscópicas comienza ahora a desarrollarse. La introducción de sistemas con imagen (mini-gamma-cámaras), cuyas ventajas con respecto a la sonda están siendo ahora evaluadas. Tanto el tratamiento como el seguimiento de éstos pacientes debe ser multidisciplinario.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Tumores uroteliales vesicales en la infancia.** A. Bujons, M. Pascual, J. Caffaratti, J.M. Garat, H. Villavicencio. *Fundació Puigvert. Barcelona.*

Objetivo: Los tumores uroteliales son excepcionales durante la infancia. Presentamos nuestra serie de 8 niños diagnosticados de carcinoma de células transicionales (CCT), adenoma nefrogénico y fibroepitelioma.

Material y métodos: Entre 1988 y 2005 se diagnosticaron 8 tumores uroteliales de vejiga tras episodio de hematuria monosintomática; en el 62,5% mediante ecografía renovesical y en el 37,5% uretroscopia bajo anestesia. Todos fueron tratados mediante resección transuretral (RTU) con posterior seguimiento con ecografía renovesical, cistoscopia y PAP. Periodo medio de seguimiento 7 años (R 3-13).

Resultados: 8 niños varones con edad media de 16 años (R10-20). Presencia de tumores exofíticos únicos en el 87,5%, localizados mayoritariamente en pared lateral y posterior. La anatomía patológica: 1 adenoma nefrogénico, 1 fibroepitelioma, 1 papiloma, 5 carcinoma de células transicionales (CCT): 1G1Tx, 1G2T1, 1G2Tx, 2G2Ta. En los CCT ninguna recurrencia. El paciente con adenoma nefrogénico presentó dos mínimas recidivas a nivel uretral a los 2 años de seguimiento.

Conclusiones: Los tumores vesicales en la infancia son excepcionales y los CCT son de bajo grado y superficiales, poco agresivos, con buen pronóstico y de escasa recurrencia.

Forma de presentación: Oral 3 min.

- **Evolución del cáncer de tiroides en 30 años.** F. Cáceres, M. Vancells, A. Montaner, O. Cruz, J. Lerena, J.M. Ribó. *Departamento de Cirugía. Agrupación Sanitaria Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universidad de Barcelona.*

Objetivo: Evaluar la evolución del manejo, tratamiento y sobrevida del cáncer de tiroides entre 1978 al 2008

Material y métodos: 28 casos entre los 1,6 a 19 años. Se utilizó marcadores séricos-moleculares, pruebas de imagen (ecografía-gammagrafía) y punción con aguja fina guiada (PAAF-ECO). A todos los pacientes se efectuó cirugía. El diagnóstico fue histológico. Para el seguimiento (300 meses) se determinó serología y rastreo corporal total para evaluar supervivencia

Resultados: El 73,1% de los casos fueron mujeres. La edad media fue de 12,3 años. Asociación con MEN. La prueba de imagen más usada fue la ecografía (78,5%). La Tiroglobulina se elevó en el 78,6%. En el carcinoma medular de tiroides (CMT) la Calcitonina se elevó en el 100%. Para 3 casos la mutación-RET fue positiva. La PAAF-ECO fue diagnóstica en 28,5%. Fue significativo la relación ente carcinoma papilar (14) con la presencia de metástasis (8), respecto al carcinoma folicular (11) con 1 metástasis y, carcinoma medular (2) sin metástasis. La tiroidectomía total (TT) fue la técnica mas utilizada con 19 casos, respecto a la hemitiroidectomía (HT) con 8 casos y a la tumorectomía con 1 caso. El hipoparatiroidismo ocurrió en 2 casos y la lesión permanente del nervio laríngeo recurrente en 1 caso. Radioiodoablación (RIA) se usó en el 46,4%. La supervivencia en nuestra serie fue del 100% y el 89,29% se encontraron libres de enfermedad.

Conclusiones: El diagnóstico molecular es la clave para cmT. Destacamos poca morbilidad asociada a la cirugía. La TT y la RIA ofrecen una supervivencia mayor con pacientes libres de enfermedad.

Forma de presentación: Oral 5 min.

- **Tiroidectomía en niños y adolescentes: revisión de 7 casos.** P. Taboada Santomil, J.M. Pradillos Serna, A. Armas Álvarez, P. Rodríguez Barca, R. Méndez Gallart, E. Estévez Martínez, A. Bautista Casanovas, R. Varela Cives. *Servicio de Cirugía Pediátrica Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela.*

Objetivo: Evaluar las indicaciones, complicaciones y evolución de los pacientes sometidos a tiroidectomía en nuestro servicio

Material y métodos: Fueron revisados de forma retrospectiva todos los pacientes sometidos a tiroidectomía y hemitiroidectomía en los últimos 5 años

Resultados: 7 pacientes (5 hembras y 2 varones) fueron sometidos en nuestro servicio a 6 tiroidectomías y 1 hemitiroidectomía entre los años 2003-2008. La edad media a la que fueron intervenidos fue de 12,5 años (rango 8-18 años). Las indica-

ciones de cirugía fueron: bocio multinodular en 3 casos, nódulo sólido y frío en 2 casos y portadores de mutación de MEN2A o carcinoma medular de tiroides familiar en 2 casos. La estancia media hospitalaria fue de 6,7 días. Las complicaciones postoperatorias fueron hipocalcemia persistente en 1 paciente y cicatriz hipertrofica en otro paciente. No existieron lesiones del nervio recurrente ni casos de mortalidad. En el examen anatomopatológico de las piezas quirúrgicas se detectaron 3 casos de carcinoma tiroideo, 2 de estirpe papilar y 1 medular. Los 2 pacientes con carcinoma papilar sufrieron al mes y medio de la cirugía rastro y posterior tratamiento ablativo con I131. Todos los pacientes están siendo controlados por un endocrinólogo

Conclusiones: Las indicaciones fundamentales de la cirugía del tiroides en edad pediátrica son debidas a la sospecha de malignidad. Las complicaciones postoperatorias son escasas empleando una técnica meticulosa. El control postoperatorio debe estar coordinado con los servicios de endocrinología pediátrica y de medicina nuclear

Forma de presentación: Oral 3 min.

POSTERS SELECCIONADOS PARA EXPOSICIÓN

- **Quiste parauretral en adolescente de 13 años.** M. Martí Camps*, C. Grande Moreillo**, J.R. Torino Casasnovas*, P. Glasmeyer**, J. Margarit Mayol**. **Consortori Sanitari de Terrassa.* ***Hospital Mútua de Terrassa.*

Objetivo: El quiste parauretral o quiste del conducto de Skene es una patología femenina poco frecuente con dos picos de incidencia claros: periodo neonatal cuyo tratamiento es conservador y ya en la mujer adulta en que el tratamiento es quirúrgico. Aportamos un caso en una adolescente de 13 años diagnosticada y tratada en nuestro centro.

Material y métodos: Niña adolescente de 13 años que acude a la consulta externa remitida del Servicio de Ginecología por presentar una tumoración blanquecina, blanda al tacto de un cm de diámetro situado entre uretra y vagina que drenaba por uretra de unos tres meses de evolución. El diagnóstico fue clínico y radiológico (RNM): imagen quística adyacente a cara posterior de uretra distal, de aproximadamente 15 mm (AP) x 11 mm (T) x 12 mm (CC), con nivel en su interior, compatible con quiste del conducto de Skene, ausencia de comunicación con uretra y descartó anomalías asociadas.

Resultados: El tratamiento fue quirúrgico. Se practicó una cistoscopia que mostró una uretra de calibre y características normales. Y se reseco la formación quística perimeatal, cerrando el defecto entre la pared vaginal anterior y la uretra.

Conclusiones: Aunque infrecuente el quiste parauretral hay que incluirlo en diagnóstico diferencial de formaciones quísticas en zona genital femenina.

Forma de presentación: Poster.

- **Neumonectomía derecha por metástasis bronco-pulmonar de un tumor rabdoide.** M. Vancells, R. Carrasco, B. García-Núñez, J.M. Ribó. *Servicio de Cirugía Pediátrica, Agrupació Sanitaria, Hospital Sant Joan de Déu/Hospital Clinic. Universidad de Barcelona.*

Objetivo: El tumor rabdoide (TR) es una de las neoplasias malignas más agresiva y letal en oncología pediátrica que, por lo general, se presenta en lactantes y niños muy pequeños. Originalmente se describió en el riñón y se valoró como una variante del tumor de Wilms. Las localizaciones más comunes son los riñones y el SNC, aunque pueden surgir en la mayoría de los tejidos blandos.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de seis años, diagnosticado de TR renal izquierdo estadio II en el que se practicó una nefrectomía izquierda. El estudio de extensión inicial fue negativo. Recibió tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

Resultados: A los quince meses de la intervención, ingresó con importante dificultad respiratoria por colapso pulmonar derecho. Presentaba una masa en el bronquio principal izquierdo a un cm de la carina, que obstruía la luz en casi su totalidad. Se inició tratamiento con quimioterapia de rescate con respuesta favorable: disminución de las metástasis, tanto pulmonares como mediastínicas. Fue intervenido realizándose una neumonectomía derecha, y exéresis de implantes tumorales en diafragma.

Conclusiones: El TR se caracteriza por una importante agresividad local y a distancia, con escasa respuesta a la quimioterapia. La neumonectomía en este paciente, ha permitido, alargar la supervivencia con una muy buena calidad de vida.

Forma de presentación: Poster

- **Duplicación ureteral incompleta con obstrucción total del hemirriñón superior.** J. Morcillo Azcárate, M.Á. Fernández Hurtado, R. Barrero Candau, F. García Merino, J.C. de Agustín Asensio. *UGC Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: Comunicación de un caso extraño de duplicidad ureteral.

Material y métodos: Presentación de un caso de duplicidad ureteral y revisión de la literatura.

Resultados: A partir del diagnóstico neonatal de masa quística en polo superior renal y tras las pruebas de imagen correspondientes (ECO, UIV, CUMS, medicina nuclear), con el diagnóstico de doble sistema excretor izquierdo con displasia del hemirriñón superior (sin ureteroceles aparentes), se decide heminefroureterectomía superior izquierda. En el quirófano encontramos un doble sistema incompleto, con obstrucción a nivel de la unión del uréter superior con el inferior/principal. Se extirpan los quistes superiores y uréter ciego, sin más incidencias.

Conclusiones: Los problemas obstructivos en los dobles sistemas renales suelen estar provocados por un ureterocel obstructivo a la salida (más inferior) del ureter del pielón supe-

rior de un doble sistema completo. Los problemas que provocan habitualmente los dobles sistemas incompletos son el reflujo vesicoureteral o la ectasia por reflujo uretero-ureteral. En este caso el uréter superior nacía ciego desde el otro uréter, dirigiéndose hacia un piélon superior displásico. Siguiendo teoría embriológica más aceptada hemos de suponer un fallo en la recanalización de una rama secundaria de la yema ureteral principal, aunque esta malformación asemeje un desarrollo incompleto de una rama ureteral desde el metanefros.

Forma de presentación: Poster.

- **Utilidad de la reconstrucción volumétrica mediante TAC para localizar un cuerpo extraño intranasal.** O. Girón Vallejo, R. Pérez Aguilera, N. Mínguez, K. Cabrejos, R. Ruiz Pruneda, J.I. Ruiz Jiménez. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Objetivo: Las nuevas técnicas de reconstrucción volumétrica de tomografía axial, permiten mostrar una anatomía muy detallada de las diversas partes del cuerpo. Presentamos la utilidad de estas técnicas para localizar un cuerpo extraño intranasal

Material y métodos: Niña de 4 años de edad que consulta por bultoma en fosa nasal izquierda. Entre los antecedentes personales y familiares no hay nada reseñable. La paciente es remitida por referir bultoma nasal izquierdo acompañado de epistaxis y de obstrucción nasal, sin rinorrea, estornudos o furor nasal. Tenía un antecedente de traumatismo nasal. Fue asistida anteriormente por un episodio de hematorrea septal. En la exploración clínica se aprecia en las fosas nasales un bultoma que cierra la fosa nasal izquierda, sangrante al tacto con algodón. Se decide realizar un TAC de senos paranasales, que objetiva un cuerpo extraño en dicha fosa nasal. El cuerpo extraño es redondo y tiene unas dimensiones de 1 cm de diámetro. Se le realiza una endoscopia nasal que visualiza un cuerpo extraño pegado al tabique nasal, y difícilmente distinguible de la mucosa nasal. Se extrajo sin complicaciones. La evolución de la paciente fue satisfactoria.

Resultados: La reconstrucción 3D de estructuras anatómicas a partir de la Tomografía Axial Computerizada se ha convertido en una técnica que aporta gran utilidad al manejo de determinadas patologías, así como imágenes de una precisión óptima de los segmentos corporales que necesitan ser evaluados.

Conclusiones: La reconstrucción volumétrica con TAC en la detección de cuerpos extraños como el que presentamos, apenas distinguible en una endoscopia, es de gran importancia diagnóstica.

Forma de presentación: Poster.

- **Tratamiento curativo de la hipertensión portal prehepática mediante derivación meso-portal.** J.C. De Agustín, A. Rodríguez, R. Cabello, C. García Vallés, B. Espín, R. Granero. *Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Pediátrica, Sección de Gastroenterología, Hospital Infantil, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: La obstrucción de la vena porta causa hipertensión portal (HTP) y secundariamente hemorragias digestivas, esplenomegalia, hiperesplenismo y ascitis. Presentamos dos casos intervenidos mediante derivación mesoportal (DMP), no habiéndose publicado ninguna serie en nuestro país.

Material y métodos: Valoramos H²C^a, pruebas diagnósticas, técnica quirúrgica y resultados. Revisamos los escasos artículos existentes en la literatura.

Resultados: Los dos casos presentan un cavernoma portal con HTP evolucionada: Varices esofágicas y fúndicas grado III-IV, hemorragias, esplenomegalia con hiperesplenismo y ascitis. Ambos se intervienen mediante DMP, el primero (varón, 8 años) mediante injerto autólogo de vena yugular izquierda y el segundo (niña, 2 a) repermeabilizando la vena umbilical. Desciende la presión en la vena porta preestenótica de 33 cmH₂O a 24 cmH₂O. El 1º es dado de alta 8 días y el 2º a los 13 post-intervención. En ambos casos los controles con eco-doppler muestra permeabilidad del shunt y flujo hepatopeto. Deaparecen el hiperesplenismo y los sangrados.

Conclusiones: La DMP restablece el flujo venoso portal de manera fisiológica, descomprime el territorio esplácnico y no depriva al hígado de factores hepatotróficos, fundamentales en el crecimiento del niño. De la revisión de la literatura y de las experiencias descritas consideramos esta técnica quirúrgica como la primera opción terapéutica en el manejo de la HTP secundaria a malformaciones cavernomatosas de la porta, incluso en fases presintomáticas.

Forma de presentación: Poster.

- **Tratamiento reconstructivo de la púrpura fulminans. A propósito de un caso.** P. Gutiérrez Ontalvilla. E.M. López Blanco, A. Hortelano Otero, C. Navarro Coll. *Hospital infantil La Fe. Valencia.*

Objetivo: La púrpura fulminans es una grave e incluso mortal complicación de la infección por el virus de la varicela-zóster. Produce necrosis de espesor total sobre todo en miembros llegando a afectar incluso el plano muscular. El objetivo principal es el tratamiento conjunto de esta grave complicación con diferentes especialidades así como la cirugía de cobertura cutánea y el tratamiento de la fase de secuelas estético-funcionales.

Material y métodos: Presentamos el caso de una niña afectada de púrpura fulminans en el 50% de superficie corporal, el tratamiento y la fase de resolución de secuelas.

Resultados: La paciente se encuentra actualmente llevando una vida normal realizando las mismas actividades que cualquier niño de su edad.

Conclusiones: El tratamiento de la púrpura fulminans debe ser precoz y multidisciplinar. Aunque la mortalidad asociada a este tipo de complicación es muy elevada, el abordaje temprano aumenta la supervivencia de forma muy significativa.

Forma de presentación: Poster.

- **Invaginación intestinal en neonato pretérmino por divertículo de Meckel.** E. Valdés, J. Lluna, J. Gómez-Chacón, M. Couselo, V. Marijuan, L. Mangas, A. Roca, C. Gutiérrez, C. G^a Sala. *Hospital Infantil La Fe. Valencia.*

Objetivo: La invaginación intestinal es una entidad excepcionalmente rara (14 casos descritos en la literatura) en los niños pretérmino, siendo los factores de riesgo múltiples. Los síntomas y signos clínicos son distensión abdominal severa y aspirado gástrico generalmente bilioso; en el 50% pueden aparecer heces sanguinolentas y más raramente masa abdominal palpable. El retraso diagnóstico suele conducir a una demora quirúrgica con el consiguiente compromiso intestinal.

Material y métodos: Caso clínico.

Resultados: Niña, prematura de 26 semanas de edad gestacional, con patologías asociadas a prematuridad. En el 8 día presenta un cuadro de vómitos postalimentarios, por lo que se deja a dieta. La radiografía abdominal sólo presenta escasa aireación intestinal por lo que se reinicia alimentación enteral en el día 12, sin éxito. Reaparecen los vómitos, con aspirado bilioso franco. Distensión abdominal progresiva, no dolorosa. El día 15 el tránsito intestinal baritado muestra relleno de asas de yeyuno con ausencia de paso a íleon. Ante el empeoramiento clínico se realiza laparotomía exploradora el día 17, hallándose invaginación intestinal por divertículo de Meckel; resección de 20 cm de yeyuno medio y anastomosis termino-terminal. A los 7 días de la intervención reanuda alimentación, permaneciendo asintomática desde entonces.

Conclusiones: El diagnóstico diferencial de una invaginación intestinal en niños prematuros debe considerarse en casos de obstrucción intestinal. No hay factores clínicos o diagnósticos que permitan que la diferenciar de otras entidades más frecuentes (enteritis necrotizante). El interés singular de este caso reside en que ninguno de los casos de invaginación intestinal en prematuros descrito estaba ocasionado por divertículo de Meckel.

Forma de presentación: Poster.

- **Quiste hidatídico hepático gigante.** C. Pueyo Gil, Y. Royo Cuadra, I. Di Crosta, J. Maldonado Artero, R. Skrabski. *Hospital Joan XXIII de Tarragona.*

Objetivo: La enfermedad hidatídica es una enfermedad que gracias a importantes medidas de prevención ha disminuido en nuestro país. Sin embargo, debido a la gran cantidad de población inmigrante, sobre todo del norte de África, es una enfermedad a la que, tal vez, nos tengamos que enfrentar de nuevo.

Material y métodos: Niño de nacionalidad marroquí que nos envían de otro hospital por presentar dolor de inicio brusco y masa en hipocondrio dcho.

Resultados: A la inspección se observa una elevación de hipocondrio dcho. A la palpación una masa de dura, no dolorosa e inmóvil que ocupa hipocondrio y vacío dchos. Las Rx

de tórax y abdomen demuestran una elevación de hemidiafragma dcho y un efecto masa en hipocondrio dcho. La ecografía determinó la presencia de una imagen quística intrahepática de 13x9 cm. La TAC confirmó la presencia de masa hepática quística homogénea que no capataba el contraste intravenoso. El diagnóstico nos lo propició el estudio serológico con la elevación de la IgE anti-Echinococcus granulosus. El tratamiento tras administración de albendazol fue quirúrgico mediante quistectomía.

Conclusiones: A pesar de la disminución de casos de hidatidosis en la población infantil española debemos tener en cuenta la llegada a nuestro país de niños de otras zonas donde el control de esta enfermedad es desconocido. A pesar de que la punción transhepática del quiste hidatídico hepático es una técnica utilizada en determinados casos de quistes no complicados nos parece que en situaciones de quistes gigantes puede no llegar a ser efectiva y abogamos por un tratamiento quirúrgico.

Forma de presentación: Poster.

- **Infarto omental: dos formas de presentación clínica.** A.L. Armas Alvarez, P. Taboada Santomil, J.M. Pradillos Serna, E. Estévez Martínez, R. Méndez Gallart, P. Rodríguez Barca, S. Almeida Agudín, A. Bautista Casanovas, R. Varela Cives. *Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

Objetivo: Describir dos formas de presentación clínica de infarto omental en niños: como plastrón apendicular y como dolor abdominal prolongado, ambos manejados eficazmente de forma conservadora.

Material y métodos: Estudio Descriptivo: Presentación de 2 casos clínicos.

Resultados: Caso 1: Niño de 6 años, sin antecedentes de interés, con dolor abdominal de 6 días de evolución, inicialmente generalizado que luego se localizó en fosa iliaca derecha. No otra sintomatología. Examen físico: peso: 30,75 kg, talla: 120 cm, IMC: 21,4 (> p95). Dolor y defensa a la palpación en fosa iliaca y flanco derechos. Hemograma: 12.900 leucocitos (neutrófilos: 71,6% y cayados: 2%). Ecografía abdominal: plastrón apendicular. Fue tratado conservadoramente con antibioterapia intravenosa. Las ecografías de control al alta, sospecharon de infarto omental y se realizó TAC que confirmó el diagnóstico. Control clínico y ecográfico al mes: normal. Caso 2: Niña de 9 años, con dolor continuo en hemiabdomen derecho de 9 días de evolución, sin otra sintomatología. Examen físico: Peso: 52 kg, Talla: 142 cm, IMC: 25 (> p95). Dolor a la palpación sin defensa en hemiabdomen derecho. Hemograma: 6.400 leucocitos (52% neutrófilos). Ecografía: infarto omental. El tratamiento fue conservador con reposo y analgésicos. No requirió hospitalización. Control clínico y ecográfico al mes: normal.

Conclusiones: El infarto omental es una patología poco frecuente en la niñez. Clínicamente puede imitar una apendicitis y debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de

abdomen agudo en este grupo etéreo. La ecografía y TAC abdominal permiten establecer su diagnóstico. El manejo conservador ha demostrado ser beneficioso.

Forma de presentación: Poster.

- **Electrocoagulación y esclerosis trigonal yuxtameatal. Modelo experimental.** R. Ayuso Velasco, E.D. Marín Santander, M. Blesa Sierra, E.M. Enríquez Zarabozo, A.M. Campos, R. Núñez Núñez, E. Blesa Sánchez. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno Infantil de Badajoz. SES. UEX. Grupo de Investigación PAIDOS (CTS 019). Badajoz.*

Objetivo: La fibrosis del trigono yuxtameatal, por electrocoagulación, se ha descrito como eficaz para el tratamiento del reflujo vesico-ureteral. No parecen existir estudios experimentales que justifiquen dicho procedimiento. Proponemos un modelo animal.

Material y métodos: Realizamos el estudio en 28 conejos de raza neozelandesa, de tres semanas de edad y peso medio de 1.800 g. Divididos en tres grupos, según se les practicara electrocoagulación (EC) trigonal yuxtameatal izquierda (10), esclerosis submucosa (ESC) en la misma zona (8), o EC izquierda más ESC derecha (10). Se realizó laparotomía media inferior, cistotomía, sondaje ureteral y EC o inyección submucosa de Toxiesclerol. A los 40 días, con peso medio 3.180 g, se sacrifican y se obtienen los uréteres distales y la vejiga para estudio histológico.

Resultados: Todos los animales sobrevivieron hasta su reintervención y sacrificio. La cirugía se pudo realizar con seguridad, aunque la EC y ESC no fueron claramente precisas en algún animal. Realizamos estudio histológico de los uréteres y trigono tratado en 10 animales, en los que practicamos 5 EC y 8 ESC, y en el contralateral intacto de 5. En la mayoría de trigonos sometidos a EC o a ESC encontramos una o más lesiones moderadas de: edema-congestión, infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario o fibrosis.

Conclusiones: El modelo experimental propuesto es económico y fácilmente reproducible. La escasa dimensión del trigono del conejo de tres semanas ha supuesto algunas dificultades en su manejo que, a nuestro juicio, serían soslayables en animales de mayor tamaño. Los dos procedimientos aplicados producen lesiones moderadas que se mantienen más allá del mes de realizarlos.

Forma de presentación: Poster.

- **Tratamiento quirúrgico de lesiones intrabdominales poco frecuentes en el traumatismo abdominal en el niño.** R. Espinosa, J.C. Ollero, L. de Mingo, J. Rodríguez de Alarcón, V. Rollán. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos: Las lesiones mas frecuentemente halladas en el niño politraumatizado afectan a vísceras macizas y en raras

ocasiones requieren ser intervenidas quirúrgicamente. Nuestro objetivo es presentar algunas lesiones intrabdominales infrecuentes que precisan de una evaluación cuidadosa y una actitud intervencionista.

Material y métodos: Presentamos 6 pacientes atendidos en nuestro centro recientemente. Tres pacientes con perforación intestinal (una causada por traumatismo penetrante): una perforación yeyunal que precisó resección intestinal, una perforación duodenal y una perforación de la cara anterior de estómago que se trataron mediante cierre primario. Un paciente con rotura diafragmática izquierda que se reparó mediante sutura directa del defecto. Dos pacientes con traumatismo pancreático: una rotura pancreática completa que fue tratada mediante pancreatomectomía distal con conservación del bazo y una laceración de la cola del páncreas que desarrolló un pseudoquistes de gran tamaño tratado mediante quistogastrostomía.

Resultados: Todos los casos evolucionaron favorablemente

Conclusiones:

- La actitud conservadora ante un traumatismo abdominal puede retrasar el diagnóstico de lesiones en el tracto digestivo. El diagnóstico de perforación intestinal en estos casos puede resultar difícil.
- La exploración quirúrgica de la herida en los traumatismos penetrantes es el tratamiento de elección para determinar la posibilidad de lesiones intrabdominales.
- La afectación pancreática en el traumatismo abdominal es rara. Cuando existe rotura completa con lesión del conducto de Wirsung existe una indicación quirúrgica clara. Sin embargo, la lesión incompleta del páncreas requiere una evaluación individualizada siendo difícil establecer el momento o la necesidad de cirugía, pudiendo aparecer nuevas complicaciones o alargarse de este modo la estancia hospitalaria.

Forma de presentación: Poster.

- **Linfoma NK-blástico simulando malformación vascular.** M. Ramírez Piqueras, C. Soto Baurgard, M. Díaz González, J.C. López Gutiérrez, M. Miguel Ferrero, C. De la Torre Ramos, S. Barrena Delfa, R. Aguilar Cuesta, Z. Ros Mar. *Hospital Universitario la Paz. Madrid.*

Objetivo: El linoma NK-blástico es un tipo infrecuente de linfoma, reconocido en la clasificación de la O.M.S de 2001. Clínicamente se caracteriza porque debuta frecuentemente con manifestaciones extraganglionares, fundamentalmente cutáneas, pancitopenia y esplenomegalia.

Material y métodos: Paciente de 7 años de edad que acude a nuestro servicio por tumoración de partes blandas en miembro inferior izdo de siete meses de evolución, sin otra sintomatología. A la llegada a nuestro centro presenta una lesión en cara interna de rodilla izquierda de aspecto vascular, depresible a la palpación, no dolorosa que no produce imotencia funcional. Así mismo presenta una adenopatía de aproximadamente 2 cm

de tamaño en región inguinal ipsilateral que no estaba adherida a planos profundos y era de coloración violácea. Se realiza ECO-doppler y Body-TC. Ante resultado de las pruebas se decidió extirpación y análisis anatomopatológico de la pieza. Como técnica quirúrgica se utilizó la extirpación y la cobertura con dermis artificial y posterior injerto cutáneo de piel parcial. El resultado anatomopatológico fue de linfoma NK-blástico

Resultados: En la actualidad el paciente presenta cobertura cutánea total de la lesión con buen resultado estético-funcional. Está en tratamiento quimioterápico según los protocolos de nuestro centro.

Conclusiones: Diversas enfermedades sistémicas tienen manifestaciones cutáneas. El estudio tanto clínico como anatomopatológico de las mismas es importante para el manejo y tratamiento de éstas.

Forma de presentación: Poster.

- **Quiste broncogénico de localización subcutánea: a propósito de 2 casos.** R. Ruiz Pruneda, J.P. Hernández, O. Girón, J.M. Sánchez, N.A. Méndez, M.J. Aranda, J.I. Ruiz Jiménez. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Objetivo: Los quistes broncogénicos son lesiones congénitas cuyo origen, aun no bien establecido, se produce durante las primeras semanas del desarrollo embrionario. Su localización suele estar en mediastino o dentro del pulmón, si bien se han descrito cutáneos o subcutáneos, principalmente en región anterior del cuello, supraesternales o escapulares. Están revestidos por epitelio columnar pseudoestratificado ciliado productor de moco (tipo respiratorio) y la cápsula está formada por tejido fibroso o bien por fibras de músculo liso. Son sintomáticos (cambio de tamaño o drenaje mucoso) en la mayoría de los casos, pero su diagnóstico suele ser postquirúrgico tras análisis histológico. Su tratamiento es quirúrgico, no suelen recidivar y aunque excepcional, está descrita su malignización a melanoma.

Material y métodos: Presentamos dos casos de hallazgo de quiste broncogénico tras exéresis de lesión subcutánea supraesternal.

Resultados: Caso 1: Paciente de 3 años de edad, remitido a nuestra consulta por tumoración subcutánea supraesternal congénita asintomática de 1,5 cm de diámetro, que es intervenido con sospecha de quiste tímico tras las pruebas complementarias, revelando la anatomía patológica un quiste broncogénico subcutáneo. Caso 2: Paciente de 8 años que presenta tumoración subcutánea en región infraesternal medial izquierda de 1x1 cm a la palpación, de aparición un año antes de la intervención, que muestra contenido mucoso a la exéresis y su análisis histológico muestra dicha lesión.

Conclusiones: Los quistes broncogénicos son una patología poco frecuente, que pueden aparecer tras la exéresis de lesiones subcutáneas, por lo que su diagnóstico suele ser postquirúrgico.

Forma de presentación: Poster.

- **Aplicación de placa de material bioreabsorbible en extrofia vesical.** G.F. Royo, M. Asensio, C. Piró, G. Guillén, R. Isnard, J.A. Martín. *Servicio Cirugía pediátrica. Hospital Vall Hebron. Barcelona.*

Objetivo: Aplicación de placa bioreabsorbible en la extrofia vesical.

Material y métodos: Paciente femenina a término con ecografías prenatales congruentes, afecta de extrofia vesical. Se aprecia placa vesical de pequeño tamaño, postura en libro abierto, clítoris bífido y ano anterior.

Resultados: A las 24 horas del nacimiento se procede a cierre de placa vesical previa cateterización de uréteres y disección completa de caras lateral y posterior de la vejiga. Tras uretroplastia se procede a disección de ramas púbicas y periostio del mismo. Se realiza punto de aproximación de monofilamento no reabsorbible en ambas ramas pubianas con el fin de unir y rotar anillo pélvico. Posteriormente se fija placa bioreabsorbible en sínfisis pubis con sutura reabsorbible trenzada. Finalizando con plastia de genitales externos. En el postoperatorio se mantiene tracción al cémit de ambas piernas y portando sonda de cistotomía y ambas ureterales, una de ellas exteriorizada por neouretra. Al mes se realiza control radiográfico apreciando una buena aproximación pubiana que se mantiene a los 6 meses. Actualmente, tras 24 meses, tiene correcto cierre de pared con buen aspecto estético. Presenta protusión leve de mucosa vesical por uretra con valsalva y por el momento es incontinente, puesto que tiene dos años de edad.

Conclusiones: Un punto importante para un buen cierre vesical es la aproximación de ramas púbicas. Tradicionalmente se ha optado por osteotomías y fijación externa. Creemos que la utilización de material bioreabsorbible es una opción válida, menos agresiva y de fácil realización.

Forma de presentación: Poster.

- **Divertículo vesical congénito primario no asociado a reflujo vesico-ureteral: abordaje terapéutico.** Y. Royo, C. Pueyo, R. Skrabski, I. Di Crosta, J. Maldonado. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.*

Objetivo: Los divertículos vesicales constituyen una rareza, especialmente los primarios, posterolaterales y no asociados a reflujo vesicoureteral (RVU). Presentamos 2 casos de divertículo vesical congénito sin RVU.

Material y métodos: Dos pacientes varones con diagnóstico prenatal de hidronefrosis unilateral.

Resultados: Paciente 1: se detecta por ecografía y cistografía ectasia piélica izquierda de 10 mm y divertículo vesical derecho de 2 cm sin RVU. Durante el seguimiento presenta infección urinaria decidiendo la exéresis del divertículo. Se aprecia intraoperatoriamente la existencia de dos divertículos vesicales simétricos, posterolaterales, a 3 cm por encima de cada meato ureteral. Se practica resección vía intravesical de

ambos. Actualmente asintomático tras 2 años de seguimiento, con estudio ecográfico y cistografía normales. Paciente 2: en ecografía postnatal se detecta ectasia piélica izquierda de 9 mm, y divertículo vesical derecho de 1 cm en la cistografía, sin RVU. A los 5 años de seguimiento se objetiva un importante crecimiento del divertículo por ecografía y cistografía, con un tamaño de 1/3 de la vejiga, totalmente repleccionado en la postmiccional. Se indica la exéresis practicando resección intravesical, se halla un divertículo único situado a nivel posterolateral a unos 4 cm por encima del meato ureteral derecho. Controles posteriores ecográficos normales, asintomático tras un año de control.

Conclusiones: La coexistencia en nuestros casos de hidronefrosis contralateral parece ser casual, o más remotamente secundaria a compresión extrínseca. La actitud terapéutica ante un divertículo vesical primario sin RVU será expectante si es silente y pequeño, recomendando la exéresis abierta o endoscópica cuando es sintomático o su gran tamaño hace prever complicaciones.

Forma de presentación: Poster

- **Membrana colónica como causa de peritonitis fecaloidea en lactante.** J. Gómez, V. Ibáñez, L. Mangas, M. Couso, V. Marijuan. *Hospital Infantil La Fe. Valencia.*

Objetivo: Las membranas intestinales (MI) son causa rara de morbilidad en el niño. Generalmente de localización duodenal, se asocian con Síndrome de Down (SD) y producen, si son completas, cuadros oclusivos. Presentamos el inusual caso de un varón de 16 meses que presentó cuadro de peritonitis fecaloidea en el que se descubrió una membrana colónica.

Material y métodos: Varón de 16 meses, remitido desde otro centro con diagnóstico de hemoneumoperitoneo. Como único antecedente, caída accidental golpeándose en la cabeza. Se realiza TC craneal y abdominal donde se valora gran cantidad de líquido libre abdominal, aire ectópico y una fisura hepática. Se realiza laparotomía urgente donde no se observó lesión hepática alguna, objetivando, sin embargo, peritonitis fecaloidea causada por una perforación en borde antimesentérico de colon transversal. Al ampliar la incisión colónica, se encontraron varios cuerpos extraños pequeños en colon trasverso, apreciándose una membrana intraluminal fenestrada, 3 cm distal a la perforación. Se reseco y se realizó plastia intestinal tipo Mickulitz

Resultados: Sepsis por gram- en el postoperatorio inmediato, recuperándose en 12 días. Posteriormente, ha evolucionado favorablemente tras un año de seguimiento.

Conclusiones: Las MI constituyen una forma de atresia. Pueden ocasionar vómitos, distensión abdominal o cuadros oclusivos. En nuestro caso, la relativa permeabilidad de la membrana colónica permitía el paso de material alimenticio, impidiendo sin embargo, el paso a cuerpos extraños. Éstos, presumiblemente, produjeron una lesión por decúbito en la pared colónica, perforandola, produciendo una peritonitis fecaloidea.

Según la revisión bibliográfica, no hemos encontrado ningún caso de membrana colónica semejante al descrito.

Forma de presentación: Poster.

- **Tratamiento quirúrgico de las secuelas del gran quemado.** P. Gutiérrez Ontalvilla, E.M. López Blanco, V. Marijuan, A. Hortelano Otero. *Hospital Infantil La Fe. Valencia.*

Objetivo: El tratamiento del quemado comprende tanto el abordaje en fase precoz como en fase de secuelas. Dichas secuelas afectan tanto al área estética como funcional del paciente por lo que tienen que ser tratadas de forma integral.

Material y métodos: Presentamos en caso de un niño hindú que sufrió quemaduras graves a los tres años de edad que curaron por segunda intención en su país. Presenta graves retracciones a nivel cervicofacial que le impiden una alimentación, una extensión cervical y un habla adecuadas.

Resultados: Mediante la excisión de las bridas cicatriciales y el uso de biomateriales e injertos autólogos hemos logrado una resolución de los problemas funcionales así como una ostensible mejora del aspecto estético.

Conclusiones: El abordaje del paciente quemado comprende tanto la fase aguda como de secuelas. El niño quemado presenta además el handicap de un mayor número de intervenciones debido al crecimiento. El tratamiento quirúrgico de las secuelas pretende alcanzar una mejora tanto funcional como estética.

Forma de presentación: Poster.

- **Exéresis urgente de teratoma inmaduro gigante en un lactante.** L. Mangas, J. Cortés, G. Sanchis, M. Couso, A. Marco, C. García-Sala. *Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

Objetivo: Los teratomas son tumores heterogéneo frecuentes en la infancia, los retroperitoneales son raros. Presentan diagnóstico diferencial con el tumor de Wilms, neuroblastomas y otros tumores abdominales.

Material y métodos: Presentamos el caso de una lactante de un mes que fue remitida a nuestro centro para completar diagnóstico y tratamiento de una masa abdominal yuxtarenal izquierda heterogénea con tamaño de 10x9,5x8 cm en ecografía. Tras el inicio del protocolo de diagnóstico diferencial de masas abdominales, la paciente reingresa en nuestro hospital precisando cuidados intensivos. Los problemas respiratorios imposibilitaban la extubación y condicionan una insuficiencia cardiaca dilatada, por lo que se practicó la resección urgente de la tumoración

Resultados: Se practicó resección completa del tumor a través de laparotomía convencional. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico definitivo de teratoma inmaduro grado III. La esfera cardiorespiratoria se normalizó. Presentó hiper-

tensión arterial que precisó tratamiento médico, justificada por la elongación del hilio renal. Las cifras de alfafetoproteína descendieron desde 1.989 ng/ml hasta 837 ng/ml al alta y en descenso mantenido desde entonces. El antígeno carbohidratado 125 se mantiene descendido desde un nivel de 125 U/ml. Los controles analíticos y de imagen posteriores no evidencian signos de recidiva local ni a distancia de la enfermedad.

Conclusiones: Los teratomas inmaduros suelen aparecer en el primer año de vida, y pueden alcanzar un gran tamaño, pudiendo condicionar compromiso cardiorespiratorio que precise cirugía urgente. Los teratomas inmaduros grado III son tratados con quimioterapia adyuvante, en este caso debido a la resección completa y la corta edad del paciente se decidió una actitud expectante.

Forma de presentación: Poster.

- **Peritonitis meconial pseudoquistica: dos casos con distintas causas y evoluciones.** C. Cebrían Muñíos, Á. Gómez Farpón, C. Granell Suárez, N. Vega Mata, M. Díaz Blanco, C. Martínez-Almoyna Rullán. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivo: La peritonitis meconial intraútero tipo II o pseudoquistica es un tipo de peritonitis química estéril infrecuente, que puede responder a diversas causas.

Material y métodos: Presentamos dos casos de recién nacidas prematuras con diagnóstico prenatal de patología abdominal, etiquetada como malformación linfática intraabdominal en un caso y peritonitis meconial en otra.

Resultados: Ambas se intervinieron en el período neonatal, con hallazgo de un gran quiste de pared muy fina y lleno de líquido marrón oscuro, situado tras la pared abdominal anterior, que rechaza las vísceras abdominales. Una de las pacientes presentaba una atresia de íleon terminal, se realizó mínima resección y ostomías. Posteriormente se reconstruyó el tránsito con evolución excelente y normal desarrollo ponderal. La otra paciente presentaba una perforación ileal y signos de sufrimiento intestinal local. Se resecó un segmento de íleon terminal y ciego y se abocaron los cabos a la pared. Los intentos posteriores de reconstrucción de tránsito fueron infructuosos, con mala tolerancia oral que provocó la necesidad de una nutrición parenteral domiciliaria. La paciente falleció a los 18 meses de vida por fallo hepático.

Conclusiones: La peritonitis meconial pseudoquistica es una entidad infrecuente que puede plantear problemas diagnósticos pre y postnatales y que responde a múltiples causas con diferente pronóstico.

Forma de presentación: Poster.

- **Hidatidosis pulmonar en niños: una localización poco frecuente y su tratamiento.** R. Tejedor, M. López, C. Moreno, I. Cano, S. Fuentes, A. García, E. Portela, M. Benavent. *Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivo: La hidatidosis es una zoonosis provocada por la parasitación por *E. granulosus*. El órgano más afectado en adultos es el hígado (55-70%) seguido del pulmón (18-35%), sin embargo en niños esta relación se invierte. Los síntomas pulmonares varían desde asintomáticos a tos, expectoración, dolor torácico, etc.

Material y métodos: Paciente de 7 años con tos de un mes de evolución, dolor abdominal generalizado, que aumenta con la ingesta, fiebre y coluria. Se realiza Rx tórax, ecografía abdominal y TC, en los que se observan imágenes compatibles con múltiples quistes hidatídicos hepáticos, peritoneales y un quiste hidatídico pulmonar derecho gigante.

Resultados: Inicia tratamiento con Albendazol oral y se interviene inicialmente del quiste pulmonar por toracoscopia (6/10/08): punción del quiste con extracción de material e introducción de suero salino hipertónico. Periquistectomía parcial, extracción del quiste y sellado de fístulas bronquiales con adhesivo de fibrina. Se dejan 2 drenajes torácicos. Alta el 18/10/08. La anatomía patológica: pieza de quistectomía correspondiente a quiste hidatídico y pieza de resección de segmento pulmonar que muestra capa periquística procedente de equinococosis. La Rx tórax de control a los 3 meses de la cirugía es normal.

Conclusiones: El tratamiento de elección en los quistes hidatídicos pulmonares de gran tamaño es quirúrgico, recomendando técnicas lo más conservadoras posibles, para preservar la máxima cantidad de pulmón viable. La toracoscopia ha conseguido modificar la vía de acceso a la cavidad torácica sin alterar los principios quirúrgicos de la toracotomía convencional; Aportando incisiones mínimas y con mejor resultado cosmético, reducción la morbilidad, estancia hospitalaria y dolor postoperatorio.

Forma de presentación: Poster.

- **Manejo de traumatismos abdominales de alto grado.** E. Valdés, C. Gutiérrez, M. Couselo, V. Marijuan, G. Sanchís, J. Cortés, C. García-Sala. *Hospital Infantil La Fe. Valencia.*

Objetivo: El traumatismo abdominal, dadas las especiales características de la pared abdominal y disposición de órganos intraabdominales, puede llevar a lesión de víscera sólida, intestino o mesenterio. Presentamos los casos de traumatismo de alto grado y su manejo.

Material y métodos: Durante el año pasado los 7 traumatismos abdominales precisaron ingreso. Se recogen variables epidemiológicas, de diagnóstico y manejo hospitalario, así como los tiempos de estancia.

Resultados: La edad media fue de 9,8 años (rango 5-13 años). Los diagnósticos fueron contusión/laceración hepática en cuatro pacientes (50%), lesión/laceración esplénica en tres pacientes (37%) y lesión de duodeno en uno (17%). Uno de los pacientes tuvo una lesión conjunta hepática y esplénica. Los mecanismos lesionales fueron golpe con manillar de bicicleta (2), atro-

pello por vehículo (3), caída sobre objetos de forma accidental (2). La estancia media en unidad de cuidados intensivos pediátricos fue de 4,4 días (rango 0,5-15 días). La estancia media hospitalaria fue de 14 días (rango 8-17 días). El tiempo medio de reposo absoluto fue de 10 días (rango 7-17 días). El período medio de seguimiento fue de 3 meses (rango 2-4 meses). Todos los pacientes fueron dados de alta con ausencia total de síntomas clínicos y resolución ecográfica de las lesiones.

Conclusiones: De las 62000 urgencias atendidas el año pasado, reflejaron el diagnóstico de traumatismo abdominal 180, y sólo 7 precisaron ingreso. Concluyendo, la incidencia de dichas lesiones es baja pero ante la mínima sospecha debe descartarse lesiones de mayor gravedad.

Forma de presentación: Poster.

- **Información al niño que va a ser sometido a cirugía. “Diario de Paula”.** L. Rodríguez Pareja, M.L. Sánchez Sierra, C. Sola Fernández, I. Orihuela Pérez. *Hospital Universitario San Cecilio. Granada.*

Objetivo: Conocer la percepción que el niño tiene del cuento “Diario de Paula”, observando su colaboración en los procedimientos previos a la intervención quirúrgica para así comprobar la utilidad del instrumento.

Material y métodos: Se diseñó un cuento informativo dirigido al niño que iba a ser intervenido quirúrgicamente. Este cuento se entrega al niño en la consulta de anestesia, cuando se indica la intervención quirúrgica, con el fin de que este pueda leerlo en casa y trabajar con él. La muestra estaba formada por 16 niños de ambos sexos, de edades comprendidas entre 3 y 13 años.

Resultados: A los niños les ha gustado el cuento, manifestando sus preferencias por la historia narrada, aunque también les han gustado los dibujos y las pegatinas. Un alto porcentaje de niños han leído el cuento y también se lo han leído sus padres conociendo lo que se les iba a hacer y colaborando en los procedimientos de preparación quirúrgica incluso en la canalización de la vía venosa.

Conclusiones: Es obvio que es importantísima la participación y la actitud de los padres en la preparación del niño, siendo el cuento una herramienta de ayuda para estos. Pensamos que en el momento de entregar el cuento en la consulta de anestesia no se debe dar como un folleto informativo más sino transmitiendo a los padres la importancia de que lo lean con el niño. El cuento informativo es una herramienta recomendable pero siempre que los padres le concedan importancia.

Forma de presentación: Poster.

- **Mallas en el síndrome de Shprintzen-Goldberg.** A. Gómez Farpón, C. Cebrián Muiños, C. Granell Suárez, N. Vega Mata, V. Álvarez Muñoz, C. Martínez-Almoyna Rullán. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivo: Descripción de las características principales del síndrome de Shprintzen-Goldberg, así como destacar la relevancia del correcto manejo quirúrgico.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente mujer de 11 años diagnosticada de SGS, derivada a los 5 años por defectos herniarios múltiples: hernia epigástrica, hernia umbilical de 2 cm, así como hernias inguinales bilaterales directas francas, fácilmente reductibles. Intervenida quirúrgicamente, se realizó herniorrafia de todos los defectos, con cierre sin tensión. Tras 8 meses, se constató la recidiva de ambas hernias inguinales, optando por realizar seguimiento, dado el pequeño tamaño del defecto, la ausencia de repercusión clínica y las condiciones personales de la paciente.

Resultados: Con el crecimiento de la niña, no obstante, se comprobó pasados 6 años la progresión del cuadro, decidiendo reintervenir vía inguinal, hallando dos amplios defectos aponeuróticos, realizando herniorrafia bilateral con anclaje de sendas mallas 5 x 3 cm de PTFE de amplio poro sinusoidal. Actualmente, y tras 8 meses de seguimiento, la paciente se encuentra asintomática, consiguiendo buenos resultados estéticos y funcionales.

Conclusiones: La laparoscopia debe considerarse como indicación inicial para el tratamiento de hernias recidivadas bilaterales en el paciente sano. No obstante, la excepción se plantea en pacientes con síndromes complejos con debilidad de la pared anterior del abdomen, donde la creación de nuevos orificios para la introducción del material supone un riesgo potencial de futuras hernias. La colocación de mallas que refuercen este defecto es una opción válida en pacientes adolescentes.

Forma de presentación: Poster.

- **Tratamiento quirúrgico de abscesos múltiples esplénicos por *Candida*. A propósito de un caso.** M. Curbeo, G. Guillén, C. Marhuenda, C. Barceló, J. Lloret, V. Martínez Ibáñez. *Unidad de Cirugía Oncológica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Vall d’Hebron. Barcelona.*

Objetivo: El absceso esplénico es una patología rara (la incidencia en autopsias es < 1%) y suele afectar a pacientes con enfermedades subyacentes. La presencia de abscesos múltiples o la inmunodeficiencia se consideran factores de mal pronóstico y alta mortalidad. Presentamos un caso clínico.

Material y métodos: Paciente de 7 años con aplasia medular que se somete a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH), noviembre 2007. En diciembre se detecta infección sistémica por *Candida tropicalis* (cultivo de lesiones cutáneas positivas, LCR con PCR +, lesiones focales en hígado, bazo y riñones por ecografía y RMN). Por ello, recibe tratamiento antifúngico hasta el día +75 postTPH. El paciente recibe el alta hospitalaria en febrero de 2008. En agosto requiere ingreso por anemia y síndrome febril. A la exploración presenta hepatoesplenomegalia y dolor abdominal. En las pruebas de imagen persisten las lesiones focales múltiples. Recibe nuevamente tratamiento antifúngico, sin éxito. Es valorado por cirugía y se

interviene realizándose laparotomía transversa izquierda (noviembre 2008). Se objetiva gran esplenomegalia con múltiples abscesos que penetran en tejidos circundantes. Se practica esplenectomía con resección mínima de cola pancreática y reparación de defecto diafragmático.

Resultados: El estudio anatomopatológico confirma la esplenitis abscesificada y la presencia de hongos. La evolución postquirúrgica del paciente es satisfactoria. Actualmente continúa con controles en consultas.

Conclusiones: Los abscesos esplénicos múltiples y la inmunosupresión son factores de mal pronóstico y de alta mortalidad. Cuando están presentes, está indicada la intervención quirúrgica precoz. También está indicada la esplenectomía en caso de abscesos esplénicos múltiples que no responden a la terapia antifúngica endovenosa.

Forma de presentación: Poster.

- **Hidrocele en la niñez: persistencia del conducto peritoneovaginal.** J. A. Bellido, X. Ruiz, A. Bujons, J. Cafaratti, J.M. Garat, H. Villavicencio. *Unidad de Urología Pediátrica. Fundació Puigvert. Barcelona.*

Objetivo: El objetivo de nuestro estudio ha sido buscar las características de los pacientes con esta patología, factores influyentes, manejo quirúrgico, resultados y complicaciones.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 81 niños menores de 12 años operados entre los años 1991 y 2007. Tiempo de seguimiento mínimo de un año (5 meses-19 meses). Muestreo de tipo secuencial no probabilístico y análisis T de student.

Resultados: La edad media en el momento del diagnóstico 5 años (1 año-11 años) El 79% de pacientes nacidos a término, PN de 3.186 g (rango 1.750 g-4.460 g) y parto eutócico en el 67,9% de los casos. El signo clínico más frecuente fue el aumento de volumen testicular (80,2%) y la ecografía el método diagnóstico más utilizado (46,9%). El 60,5% de las persistencias eran derechas, el 29,6% izquierdas y el 9,9% bilaterales; de éste grupo de pacientes el 14,8% presentaron también criptorquidia (9,9% ipsilateral, 3,7% contralateral y 1,2% bilateral). Abordaje quirúrgico transinguinal en todos los casos. Tiempo medio quirúrgico 104 minutos. La complicación inmediata más frecuente fiebre en el 8,6%, la complicación tardía más frecuente fue el hidrocele ipsilateral en el 7,4% posiblemente reactivo a la cirugía.

Conclusiones: La persistencia de CPV es la principal causa de hidroceles en menores de 12 años La vía transinguinal es una vía segura y eficaz para tratar esta patología.

Forma de presentación: Poster.

- **Disminución de secuelas de púrpura fulminans mediante empleo de Integra® y cultivos celulares.** S. Pérez Bertólez, I. Fernández Pineda, R. Martín Crespo, A. Hermida, A. Meana, M. Herrera, D. Arjona, B. Huidobro, R. Luque Mialdea. *Complejo Hospitalario de Toledo.*

Objetivo: La sepsis meningocócica se asocia a altos índices de morbimortalidad. Estos pacientes pueden presentar una coagulación intravascular diseminada (CID) severa y necrosis. Existen pocas publicaciones sobre el tratamiento quirúrgico de esta complicación.

Material y métodos: Caso:

Resultados: Presentamos el caso de un paciente de dos años con sepsis meningocócica con necrosis de las 4 extremidades. Se instauró tratamiento conservador intensivo para la minimizar el grado de necrosis de todas las zonas necróticas, mejorando la vascularización local mediante la instauración de vasodilatadores locales y sistémicos, bloqueos locoregionales periféricos. La cirugía realizada fue: amputación supracondílea de fémur de ambas extremidades inferiores, y en el tercio proximal de antebrazos, a nivel de cobertura cutánea a nivel de raíz de miembros inferiores y del 1/3 proximal de ambos brazos. Las zonas con falta de cubiertas cutáneas fueron tratadas mediante la utilización de Integra® y posterior trasplante de piel autóloga, cultivada a partir de una biopsia de piel completa, de 2x1 cm. de la pared abdominal. A los 5 meses del trasplante de piel se ha cubierto el 99% de la zona cutánea y el paciente es capaz de manipular objetos y dibujar con los muñones superiores y de ponerse de pie sobre los muñones inferiores.

Conclusiones: El empleo de la dermis artificial y el trasplante autólogo de su piel cultivada ha permitido preservar las articulaciones de los codos y las caderas. Creemos que esto facilitará la adaptación del paciente al empleo de prótesis en el futuro.

Forma de presentación: Poster.

- **Reconstrucción de la pared torácica mediante placas de copolimero biorreabsorbible: aplicación en deformidades congénitas, cirugía oncológica y trauma.** G. Guillén, C. Marhuenda, C. Barceló, A. Urbistondo, Lloret J, Martínez Ibáñez V. *Unidad de Cirugía Oncológica y Torácica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivo: La necesidad de realizar reconstrucciones de la pared torácica es infrecuente en pediatría. La utilización de materiales no reabsorbibles (titanio, GoreTex, etc.) se asocia a una elevada morbilidad, debida principalmente al crecimiento del paciente. Exponemos nuestra experiencia con la utilización de placas biorreabsorbibles.

Material y métodos: Presentamos tres pacientes, de edades comprendidas entre los 7 y 13 años de edad. Las patologías tratadas corresponden a un pectus carinatum, un sarcoma de Ewing costal y una fractura complicada costal. En todos los casos se utilizaron placas reabsorbibles de ácido poli-L-láctico para reconstruir y/o fijar la pared costal (costillas y esternón).

Resultados: Ningún paciente presentó complicaciones asociadas con un seguimiento de 2 meses a 2 años, salvo un mínimo seroma. En el caso del sarcoma, la presencia del material

no interfirió en las pruebas de imagen de control e incluso se realizó una toracotomía ipsilateral un año después para resecaer metástasis pulmonares. Los resultados radiológicos (integración del material en el tejido, ausencia de artefactos radiológicos) y estéticos son excelentes.

Conclusiones: La utilización de placas biorreabsorbibles parece una muy buena alternativa para la reconstrucción de la pared torácica en pediatría. Son necesarios un mayor número de casos y un mayor seguimiento para confirmar esta impresión.

Forma de presentación: Poster.

- **Producción ectópica de beta-HCG en angiosarcoma congénito.** M. Germani, J.C. López Gutiérrez, A. Navajas, M. Nistal, J.A. Tovar. *Hospital Infantil la Paz, Madrid.*

Objetivo: Los tumores vasculares son el grupo de neoplasias benignas más frecuente en la infancia. Sin embargo, el angiosarcoma es extremadamente raro. Suele afectar a tejidos blandos, hígado y tiene mal pronóstico. Presentamos el caso de un paciente afectado de un angiosarcoma congénito secretor de gonadotropina coriónica (beta-HCG), eventualidad aún más excepcional.

Material y métodos: Paciente de dos meses de vida con una masa congénita en el antebrazo izquierdo, asociada a un nivel muy alto de beta-HCG en sangre. Después del tratamiento con quimioterapia, la RMN demostró un aumento del tamaño del tumor de hasta 15 cm y la analítica demostró un aumento del nivel de beta-HCG hasta 4764 mU/ml.

Resultados: Se realizó una resección quirúrgica completa del tumor, y tres días después, la analítica demostró un nivel de beta-HCG de 233 mU/ml. El examen histológico reveló un angiosarcoma secretor de beta-HCG. Cuatro meses después el niño tenía un nivel de beta-HCG de 0,1.

Conclusiones: Se han descrito varios tumores con producción paraneoplásica de beta-HCG, y de estos la mayoría son carcinomas o tumores germinales. El que presentamos, es el segundo caso de angiosarcoma congénito descrito, el primero en el que se encontró un aumento del nivel de beta-HCG en el periodo pre-operatorio y el primero con supervivencia mayor de dos años. La secreción de beta-HCG de estos particulares tumores, puede generar confusión con tumores de células germinales, especialmente teratomas.

Forma de presentación: Poster.

- **Duplicación intestinal: del diagnóstico prenatal al tratamiento laparoscópico.** J.L. Peiró, G. Luna, C Giné, J. Broto, C. Marhuenda, A. Urbistondo, J.M. Gil-Vermet, J. Lloret, V. Martínez-Ibañez. *Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivo: El objetivo es analizar las nuevas contribuciones en el diagnóstico y tratamiento de las duplicaciones intestinales.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 8 pacientes diagnosticados y tratados como duplicaciones intestinales, durante los últimos 5 años en nuestro centro. Se han analizado el diagnóstico prenatal, localización, medida, presentación clínica, edad al diagnóstico y tratamiento quirúrgico, técnica quirúrgica, evolución post-quirúrgica y la confirmación histológica.

Resultados: Cinco de los 8 pacientes estudiados presentaban un diagnóstico prenatal como masa quística intra-abdominal fetal. La presentación clínica fue como obstrucción intestinal en 3 casos, mientras que el resto permanecieron asintomáticos hasta la cirugía. El tamaño de las tumoraciones oscilaba entre 2 y 3 cm de diámetro y se localizaban en el área gástrica (3 casos), íleon terminal (4 casos) y colon (1 caso). La resección quirúrgica fue a través de laparotomía en 3 casos, mediante cirugía video-asistida en 1 caso y en los 4 restantes mediante abordaje laparoscópico. El rango de edad en el momento de la cirugía está entre 10 días y 11 años de edad. Sólo en un caso se presentaron complicaciones post-operatorias, en forma de perforación gástrica en el lecho del quiste resecaado que precisó reintervención. Hubo confirmación histológica de quiste de duplicación intestinal no comunicante en todos los casos.

Conclusiones: Las duplicaciones del tracto digestivo se consideran lesiones congénitas benignas que pueden detectarse en la vida intrauterina gracias a las mejoras técnicas en el diagnóstico prenatal. En la actualidad, la resección quirúrgica totalmente laparoscópica o video-asistida es de elección, independientemente del tamaño o localización de la malformación.

Forma de presentación: Poster.

- **Nuestra experiencia en el tratamiento toracoscópico del empiema pleural.** J.I. Garrido Pérez, A. Escassi Gil, V. Vargas Cruz, C. Ruiz Hierro, F. Vázquez Rueda, A. García Ceballos, J. Ayala Montoro, R. Castillo Bernabeu, R. Paredes Esteban. *H.U. Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivo: Exponer nuestros resultados en el desbridamiento/decorticación toracoscópico del empiema pleural paraneumónico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 15 niños con empiema pleural paraneumónico tratados mediante toracoscopia entre enero de 2006 y diciembre de 2008.

Resultados: De los 15 pacientes, 9 (60%) fueron tratados previamente mediante drenaje y fibrinolíticos y 6 sin el. En la mayoría de casos se logró una rápida mejoría del estado general con desaparición del estado febril y disminución de reactantes de fase aguda tras la cirugía toracoscópica. Se establecen diferencias en cuanto a la estancia media cuando se lleva a cabo la cirugía de forma precoz.

Conclusiones: La toracoscopia precozmente realizada parece un método eficaz en el manejo de los niños con empiema pleural, sumándose a los beneficios clínicos, una disminución en la estancia hospitalaria.

Forma de presentación: Poster.

- **Linfedema escroto-peneano gigante. Tratamiento quirúrgico en 3 niños.** I. Herrera Montes, R. Beltrà Picó, R.V. Santana Ramírez, C. Hernández Castelló. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria.*

Objetivo: Mostrar nuestra casuística, técnica quirúrgica correctora y resultados en linfedemas primarios incapacitantes cuando llevan asociados un compromiso importante de los genitales masculinos.

Material y métodos: Entre los años 2002 y 2008 hemos tratado quirúrgicamente a 3 niños, entre 12 y 13 años de edad, afectos de linfedema primario genital gigante incapacitante, que les producía una importante alteración en sus actividades cotidianas, distorsión en la marcha y en las posturas, dificultad para encontrar ropa de su medida y sufrimiento psicológico ante la deformidad. A los 3 pacientes se les efectuó tratamiento quirúrgico en un tiempo, mediante la técnica de Boléo-Tomé que describimos en el trabajo.

Resultados: En los tres pacientes los resultados cosméticos han sido aceptables, manifestando todos su satisfacción en cuanto a su aspecto y calidad de vida, estando el seguimiento en la actualidad entre 10 meses y 7 años.

Conclusiones: Aún siendo complejo el tratamiento quirúrgico de los linfedemas genitales, la exéresis amplia de las zonas afectas, y una reconstrucción adecuada, permite obtener buenos resultados en estos niños. Las medidas conservadoras, que constituyen el tratamiento de elección de la mayor parte de los casos en los miembros inferiores, no tienen efecto con respecto a la disminución del tamaño de la deformidad genital ni a la adaptación funcional a la misma, por lo que la única posibilidad de resolución del cuadro es la extirpación quirúrgica.

Forma de presentación: Poster.

- **Tratamiento con octreótido para el cierre de fístula enterocutánea en el prematuro.** S. Pérez Bertolez, I. Fernández Pineda, R. Martín Crespo, A. Pantoja, A. de Ureta, R. Luque Mialdea. *Complejo Hospitalario de Toledo.*

Objetivo: El octreótido se ha empleado en el tratamiento de fístulas enterocutáneas, tanto en la edad adulta como pediátrica y de manera infrecuente en el periodo neonatal.

Resultados: Recién nacido pretérmino de 32 semanas intervenido al tercer día de vida por atresia intestinal tipo IIIb+IV, a nivel del primer asa de yeyuno. Se realizó resección de los segmentos atrésicos, modelaje y anastomosis término-terminal, con sonda transanastomótica. Al 4º día postoperatorio, se reintervino y se comprobó la existencia de perforación intestinal a nivel de la punta de la sonda. Se realizó una yeyunostomía disociada. A las 5 semanas se efectuó desderivación y reconstrucción intestinal. Al 8º día postoperatorio comenzó súbitamente a drenar contenido intestinal y gas por la herida quirúrgica. Se instauró tratamiento mediante: dieta absoluta, sonda nasogástrica, nutrición parenteral y octreótido en perfu-

sión continua durante 3 semanas, con una velocidad máxima de infusión de 3 µg/kg/h. La fístula enterocutánea dejó de drenar el 4º día de tratamiento. Durante el tratamiento no hubo complicaciones salvo hipoglucemia transitoria. A las 2 semanas del tratamiento, se práctico estudio de contraste gastrointestinal demostrando ausencia de fugas. Reinicio de tolerancia progresiva sin alteraciones.

Conclusiones: El octreótido nos ha sido de utilidad para el cierre de una fístula enterocutánea, evitando la cirugía del cierre de la fístula, clásicamente considerado como tratamiento de elección. Creemos que la utilización del octreótido, aun en prematuros, debe ser el primer método terapéutico a emplear en estas complicaciones, por ser efectivo, seguro, aunque precisa una monitorización estrecha de parámetros bioquímicos y clínicos.

Forma de presentación: Poster.

- **Reconstrucción peneana con dermis artificial (Integra®) en un caso severo de linfangioma genital.** M. Fanjul, J.M. Angulo, S. Romero, S. Rivas, A. Parente, A. Laín, C. Corona, A. Tardáguila, A. Cañizo. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivo: Integra® es una capa bilaminada de dermis artificial, consistente en una fina capa de colágeno superficial temporal que actúa de epidermis y una red de colágeno subyacente definitiva que sustituye a la dermis. Aunque inicialmente fue creada para el tratamiento de quemaduras, su uso se ha ido extendiendo progresivamente a otros campos de la cirugía reconstructiva. El propósito de este trabajo es presentar nuestra experiencia con el uso de la dermis artificial en un caso severo de linfangioma penoescrotal, siendo la primera vez que se utiliza en reconstrucción genital.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de un niño de 9 años con linfangioma de pene y escroto que se trató quirúrgicamente mediante excisión del 100% de piel peneana y 80% de piel escrotal. Para la reconstrucción se utilizó dermis artificial en pene y escrotoplastia. A las 3 semanas se retiró la lámina de silicona y se realizó injerto de piel total de cara interna de brazo sobre la dermis artificial.

Resultados: El postoperatorio inmediato fue bueno, con aceptación del injerto, buen resultado estético y sin complicaciones.

Conclusiones: Integra® representa una buena alternativa a los injertos libres de piel en la reconstrucción de defectos cutáneos ofreciendo buenos resultados estéticos y funcionales, con menor retracción y mejor calidad de piel final

Forma de presentación: Poster.

- **Histiocitosis de células de Langerhans simulando un linfoma mediastínico.** O. Girón Vallejo, R. Ruiz Pruneda, J. Sánchez, M. Bermúdez*, J.L. Fuster*, K. Cabrejos, J.I. Ruiz Jiménez. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Objetivo: La histiocitosis de células de Langerhans es una alteración de origen histiocítico resultado de la proliferación de células de Langerhans, las células encargadas de presentar antígenos y que juegan un papel esencial en la respuesta inmune primaria. Presentamos el caso de un lactante de 2 meses que presentaba una masa mediastínica de importante tamaño, diagnosticada incidentalmente.

Material y métodos: Lactante de 2 meses de edad que acude a Urgencias por presentar dificultad respiratoria de 15 días de evolución y fiebre. Presentaba cuadro de dificultad respiratoria, siendo diagnosticado de bronquiolitis VRS negativa. Posteriormente asocia fiebre por lo que se realiza radiografía de tórax en la que se aprecia masa en mediastino anteromedio de 9x6 cm, sólida de estructura heterogénea. Se pauta tratamiento con antibióticos y se le realiza en el curso del ingreso un TAC torácico con contraste donde se localiza en región superior y media de mediastino anterior una masa de gran tamaño. Se decide la realización de biopsia mediastínica mediante minitoracotomía de Chamberlain izquierda, cuyo diagnóstico anatomopatológico resultó ser Histiocitosis de células de Langerhans infiltrando timo.

Resultados: La histiocitosis de células de Langerhans tiene un amplio espectro clínico y un pronóstico variable según los órganos afectados. La afectación tímica es un hallazgo raro y suele formar parte de la enfermedad multisistémica.

Conclusiones: En conclusión, la afectación tímica de la Histiocitosis de células de Langerhans es una entidad rara que puede ser difícil de distinguir de otras masas mediastínicas anteriores.

Forma de presentación: Poster.

- **Reparación de eventración magna secundaria a técnica de Gross en onfalocele.** J. González Piñera, M.S. Fernández Córdoba, E. Hernández Anselmi, Y. Argumosa Salazar, A.S. Valero Liñán*, J.I. Miota de Llama*, J.C. Pinzón Rincón**. *Servicios de Cirugía Pediátrica y *Cirugía General. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. **Servicio de Cirugía General, Complejo Hospitalario La Mancha-Centro.*

Objetivo: Las eventraciones magnas secundarias a cierre dérmico de defectos de la pared abdominal anterior constituyen una complicación grave. Las técnicas de parietorrafia presentan una elevada incidencia de recidivas, por lo que se aconsejan parietoplastias sin tensión con prótesis no absorbibles. Describimos las técnicas de tratamiento disponibles para esta complicación y la empleada en nuestro paciente.

Material y métodos: Niño intervenido en época neonatal en Ucrania de onfalocele mediante técnica de Gross. Remitido a nuestro Servicio a los 8 años de edad por eventración magna con hernia incisional abdominal de 20x10 cm. cubierta por una delgada capa cutánea, que producía abdominalgias y cuadros suboclusivos. El TAC evidenció eventración parcial gástrica, de todo el intestino delgado y colon, con hígado, bazo y

páncreas ortotópicos. Realizamos como primer tiempo quirúrgico la colocación de un silo según técnica de Schuster con malla de polipropileno y politetrafluoroetileno (PTFE), impermeable y antiadherente. Practicamos un cierre secuencial diario en la UCI con relajación y ventilación asistida. Segundo tiempo quirúrgico al 6º día, con parietoplastia retromuscular prefascial (técnica de Rives-Stoppa) y malla bilaminar.

Resultados: Extubación 48 horas más tarde y alta hospitalaria al 14º día. A los 6 meses el paciente se halla asintomático, con actividad física normal, excelente tolerancia protésica y sin recidiva herniaria.

Conclusiones: La combinación de una técnica de cierre secuencial para disminuir el diámetro del defecto –ampliamente utilizada por los cirujanos pediátricos–, seguida de parietoplastia con malla bilaminar –empleada en las hernias incisionales principalmente en la edad adulta–, es una buena solución para estas grandes eventraciones con elevada morbi-mortalidad.

Forma de presentación: Poster.

- **Traumatismo abdominal cerrado por manillar de bicicleta: rara causa de perforación yeyunal.** Y. Royo, M. Larios*, I. Di Crosta, R. Skrabski, C. Pueyo, J. Maldonado. *Servicios de Cirugía Pediátrica y *Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Juan XXIII. Tarragona.*

Objetivo: El traumatismo abdominal cerrado es causa común de lesión en víscera maciza; la lesión aislada de víscera hueca es excepcional, por lo que con frecuencia se retrasa su diagnóstico, aumentando así el riesgo de complicaciones derivadas. Presentamos un caso de perforación yeyunal aislada por manillar de bicicleta.

Material y métodos: Niño de 10 años de edad que acude a Urgencias tras haber sufrido una caída de bicicleta.

Resultados: Exploración física (12 h): buen estado general, constantes mantenidas, destacando únicamente a la inspección abdominal equimosis redondeada por manillar de bicicleta, siendo la palpación abdominal difusamente dolorosa. Análítica general (13 h): sin alteraciones. Ecografía abdominal: ausencia de líquido libre, no lesión visceral. TAC abdominal (14 h): pequeñas imágenes aéreas extraluminales compatibles con neumoperitoneo. Impresión diagnóstica: perforación intestinal secundaria a traumatismo abdominal cerrado. Laparotomía exploradora (15 h): ausencia de líquido libre intraabdominal, vísceras macizas sin lesiones, en la revisión intestinal se objetiva lesión redondeada de 2 cm de diámetro perforante en yeyuno. Se practica resección y anastomosis termino-terminal. Una semana después es dado de alta hospitalaria tras un correcto curso clínico, ausente de complicaciones.

Conclusiones: Los estudios complementarios de imagen son fundamentales para la correcta valoración del traumatismo abdominal. Recomendamos la realización de TAC abdominal ante un abdomen patológico aunque el estudio ecográfico y analítico resulte normal; en nuestro caso la tomografía

demostró una elevada sensibilidad para el diagnóstico del neuromoperitoneo, permitiendo así un tratamiento rápido y eficaz.

Forma de presentación: Poster.

- **Hernia transmesentérica congénita: un difícil diagnóstico preoperatorio.** D.A. Aspiazu, J. Fernández Pineda, A. Gracia, J.C. De Agustín. *Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: La hernia transmesentérica congénita es una causa rara de obstrucción intestinal. El problema principal de esta patología radica en el mínimo índice de sospecha diagnóstica. La tasa de mortalidad en esta patología es del 45%.

Material y métodos: Presentamos el caso de un prematuro de 24 semanas con clínica de distensión y dolor abdominal, drenaje bilioso por sonda nasogástrica y diagnóstico preoperatorio de enterocolitis necrotizante el cual presentó una hernia transmesentérica congénita a través de un defecto mesentérico de 5 cm. Se realiza una revisión de la literatura incluyendo manifestaciones clínicas, pruebas diagnósticas y tratamiento.

Resultados: Las imágenes radiológicas mostraban un patrón obstructivo atribuido a enterocolitis. Se realizó una laparotomía exploradora encontrándose a 3 cm de la válvula ileocecal, un defecto mesentérico de 5 cm de diámetro, conteniendo en su interior un asa de intestino delgado con evidentes signos de sufrimiento e isquemia que se pudo liberar manualmente recobrando rápidamente una coloración normal; por lo que se procedió a la reparación del defecto mesentérico y al cierre de la laparotomía. Luego de la operación el paciente pasó a la unidad de cuidados intensivos neonatales donde falleció a las 24 horas del postoperatorio.

Conclusiones: Podemos concluir que la HTC es una patología que conlleva un problema diagnóstico debido a la prontitud con la que se debe actuar, sobretudo en el periodo neonatal debido a la rápida evolución hacia la isquemia intestinal. Se debe intentar plantear una orientación diagnóstica mas que un diagnóstico de certeza, debiéndose tomar en cuenta esta posibilidad a pesar de su poca frecuencia.

Forma de presentación: Poster.

- **Síndrome PHACE: aspectos quirúrgicos.** R. Ayuso Velasco, E.M. Enríquez Zarabozo, E. Blesa Sánchez. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil. SES. UEX. Grupo de Investigación en Pediatría (PAIDOS) (CTS 019). Badajoz.*

Objetivo: El síndrome PHACE se define como la presencia de al menos un hemangioma, generalmente facial, de gran tamaño, asociado a una o más de las siguientes malformaciones congénitas: de fosa posterior, arteriales, cardiovasculares, oculares, hendidura esternal, rafe supraumbilical. Algunos de estos pueden precisar cirugía. Aunque existe consenso en cuanto a que el tratamiento del esternón hendido es quirúrgico, pre-

sentamos una paciente en la que no está tan claro su corrección en el período neonatal.

Material y métodos: Recién nacida que presenta desarrollo anómalo de línea media, áreas displásicas-hipopigmentadas periorales y cervicales y apéndice preauricular. En las primeras semanas aparecen lesiones angiomatosas en mucosa oral, periorales, preauriculares y cervicales. Cariotipo 46XX. Ecocardiografía, ecografías cerebral y abdominal normales. ECG: síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW). Fibroscopia de vías aéreas superiores normal.

Resultados: Se controla periódicamente en consulta observándose involución parcial de los angiomas y aumento progresivo del defecto esternal proporcional al crecimiento de la niña, persistiendo los movimientos torácicos anómalos con los ciclos respiratorios. Persiste el WPW no precisándose tratamiento.

Conclusiones: Nuestra paciente no ha presentado ningún problema clínico secundario a sus distintas malformaciones. En general se recomienda el tratamiento quirúrgico del esternón hendido en el período neonatal. Sin embargo, dada su escasa extensión, se plantea la duda de si debe ser intervenida o no y, en caso positivo, a qué edad. A pesar del bamboleo mediastínico, la hipoplasia cutánea supondría un problema para la cicatrización de la piel suprayacente al corregir el defecto. No hemos encontrado referido en la literatura la asociación del síndrome PHACE al de WPW.

Forma de presentación: Poster.

- **Feocromocitoma extraadrenal asociado a mutación SDHB.** R. Ayuso Velasco, E.M. Enríquez Zarabozo, M.L. Moreno Tejero, M.I. Pintor Trevejo, E. Blesa Sánchez. *Hospital Universitario Materno Infantil. SES. UEX. Grupo de Investigación en Pediatría (PAIDOS) (CTS 019). Badajoz.*

Objetivo: El feocromocitoma afecta habitualmente a la glándula suprarrenal y, con menor frecuencia, a los paraganglios simpáticos. Pueden ser familiares formando parte de síndromes neoplásicos como los paragangliomas familiares. Estos se asocian a mutación en la enzima succinato deshidrogenasa (SDH), en especial a sus subunidades B yD. El objetivo del trabajo es presentar un caso de paraganglioma paraaórtico familiar asociado a SDHB, con comportamiento maligno.

Material y métodos: Varón de 12 años, al que se le detecta HTA grave al estudiarlo por cefalea bilateral y pulsátil de un año de evolución. Los últimos meses presenta episodios de sudoración, poliuria y polidipsia, dolor en flanco izquierdo y escasa ganancia pondero-estatural (< P3). En la analítica se observa hipercalcemia, aumento de la VSG y aumento de las catecolaminas libres urinarias (CLU). Los niveles de enolasa, calcitonina y parathormona son normales. Ecografía: adenopatías intraabdominales mayores de un cm y la RNM una masa de 30x20mm a nivel paraaórtico. La MIBG es normal. Estudio genético: mutación para el gen SDHB heredado del padre. Tras el diagnóstico de paraganglioma paraaórtico se extirpa completamente, normalizándose los niveles de CLU.

Resultados: Después de 3 años de control reingresa con TA= 210/110 mmHg y bradicardia tras objetivarse lesiones metastásicas de las vértebras D12 y L5 en la gammagrafía y la PET-TAC. Actualmente está pendiente de resección vertebral D12 y quimioterapia.

Conclusiones: El feocromocitoma requiere un estudio genético para descartar un síndrome neoplásico familiar, una resección completa del tumor y un seguimiento periódico para detectar posibles metástasis, sobre todo en niños, en los que son relativamente más frecuentes.

Forma de presentación: Poster.

- **Sarcoma de Ewing en lactantes: ¿debut clínico inesperado?** F. Cáceres, M. Vancells, R. Carrasco, M. Corradini, J. Prat, J. Lerena, J.M. Ribó. *Departamento de Cirugía. Agrupación Sanitaria Hospital Sant Joan de Déu-Clínica. Universidad de Barcelona.*

Objetivo: El sarcoma de Ewing (SEW) es frecuente en adolescentes. Damos a conocer presentaciones clínicas inesperadas en lactantes.

Material y métodos: Caso 1: Varón de 10 meses, raza negra, con talasemia menor. Masa glútea y perianal izquierda de 2 meses con signos de celulitis. Se desbrida, obteniendo material hemático-cerebroide. ECO: masa perianal, sólida, vascularizada, con áreas necróticas de 3x4 cm. A los 15 días: exéresis completa de la masa. Caso 2: Ex prematura de 6 meses, acude por distress respiratorio agudo, hemodinámicamente estable. Rx tórax: mediastino desplazamiento a la derecha, gran ocupación izquierda, cámara gástrica en abdomen. ECO/TAC: imagen sólida, no vascularizada de 10 cm. A los 30 minutos: paciente tiene inestabilidad hemodinámica severa con ingreso a UCI. Se practica toracotomía urgente: masa extra-pulmonar de aspecto cerebroide con rotura parcial de cápsula. Se drena contenido hemático que ocupa todo el lóbulo izquierdo. Se reseca la cabeza de la 5ª y 6ª costilla.

Resultados: Caso 1: Histología: SEW-mutación FLI 1 de partes blandas. Caso 2: Histología: SEW de parrilla costal (tumor de Askin).

Conclusiones: La presentación extra-ósea en región perianal es excepcional, en lactantes y más aún de raza negra. La insuficiencia respiratoria aguda con deterioro hemodinámico es una urgencia que requiere revisión quirúrgica inmediata. Y en este contexto debemos considerar diagnósticos diferenciales como hernia diafragmática, malformación adenomatoidea quística, secuestro pulmonar, neuroblastoma, teratoma o blastoma pulmonar.

Forma de presentación: Poster.

- **Braquiterapia en sarcoma de Ewing extra-axial: A propósito de un caso.** F. Cáceres, M. Vancells, J. Lerena, J.M. Ribó. *Departamento de Cirugía. Agrupación Sanitaria Hospital Sant Joan de Déu-Clínica. Universidad de Barcelona.*

Objetivo: Para asegurar la ausencia de células tumorales viables en los márgenes de resección quirúrgica se usa radioterapia (RT). Esta tiene una morbilidad importante. Damos a conocer una técnica alternativa, la braquiterapia (BRT) intersticial.

Material y métodos: Varón de 10 meses, raza negra, con talasemia menor. Masa glútea irradiada región perianal izquierda de 2 meses con signos de celulitis. Se desbrida material hemático-cerebroide. ECO: masa perianal, sólida, vascularizada, con áreas necróticas de 3x4 cm. A los 15 días: exéresis completa de la masa. Histología: Sarcoma de Ewing-mutación FLI 1, márgenes quirúrgicos libres de tumor a 2 mm. Estudio de extensión negativo. Posterior al 6º ciclo de quimioterapia (protocolo P6 MSKCC 90-62A) se coloca en región perianal barras subcutáneas para recibir BRT en 8 fracciones de 3 Gys.

Resultados: Radiación guiada a región perianal izquierda. No se observa lesiones de tejido pélvico y genital. Tolerancia adecuada del paciente. Ausencia de dolor. TAC de control: barras subcutáneas localizadas en área perianal.

Conclusiones: La RT tiene un elevado riesgo de producir una segunda neoplasia, en este caso testicular debido a la proximidad donde se localiza el tumor primario. El uso guiado de BRT en el área del tumor primario permite disminuir la toxicidad aguda y efectos tardíos. La BRT es una técnica útil y de fácil ejecución, utilizada en sarcomas. Es el primer caso reportado en lactante con Sarcoma de Ewing. Recomendamos su práctica en pacientes pediátricos.

Forma de presentación: Poster.

- **Enfermedad de Castleman retroperitoneal en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal crónico.** A. Moreno, G Guillén, C Marhuenda, C Barceló, A Roca¹, S Gallego², J Lloret, V. Martínez Ibáñez. *Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ¹Servicio de Pediatría Hospital St. Jaume de Callella. ²Departamento de Oncológica y Hematología Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Introducción: La enfermedad de Castleman (hiperplasia angiofolicular) retroperitoneal localizada es rara, y en la edad pediátrica son pocos los casos publicados. Los hallazgos clínicos son variables: dolor abdominal, pérdida de peso, malabsorción; es frecuente la anemia, hipergamaglobulinemia y aumento de la VSG. En las pruebas de imagen, se manifiesta como una masa homogénea, de contornos bien definidos e hipervascularizada, compatible con múltiples patologías. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico.

Material y métodos: Revisión de un caso clínico.

Caso clínico: Paciente mujer de 14 años sin antecedentes patológicos de interés que consulta por dolor epigástrico de un año de evolución y por cefalea recurrente. Hemograma y bioquímica normales. Se realiza ecografía abdominal hallando una masa de 2,3 cm de diámetro en epigastrio, hipoeoica, bien definida y muy vascularizada. En la RMN se observa una imagen nodular sólida vascularizada adyacente a la arteria mesen-

térica superior. Con la sospecha diagnóstica de tumor neurogénico se realiza PET scan, MIBG y catecolaminas en orina que son normales. Se practica laparoscopia exploradora, identificando tumoración retrogástrica parapancreática que se reseca sin incidencias. La anatomía patológica da el diagnóstico de enfermedad de Castleman. Actualmente asintomática y libre de enfermedad al año de la intervención.

Conclusiones: La enfermedad de Castleman es una enfermedad infrecuente en la edad pediátrica. Son pocos los casos de enfermedad retroperitoneal, pero hay que tenerla presente en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal crónico con una masa hipervascularizada, homogénea y bien delimitada en las pruebas de imagen. La resección quirúrgica completa es el tratamiento de elección en las formas localizadas.

Forma de presentación: Poster.

- **Torsión aislada de la trompa de Falopio en una adolescente premenárquica.** C. Ruiz Hierro, R.M. Paredes Esteban, V. Vargas Cruz, A. Escassi Gil, A. García Ceballos, J. Salas Molina*. *Servicio de Cirugía Pediátrica. *Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Introducción: La torsión aislada de la trompa de Falopio es una entidad rara que ocurre con mayor frecuencia tras la menarquia. El diagnóstico preoperatorio es difícil y se ve retrasado por la exclusión de otras causas más comunes de dolor abdominal agudo, siendo generalmente un hallazgo en la exploración quirúrgica de urgencia.

Material y métodos: Niña de 11 años remitida desde otro centro por cuadro de dolor abdominal en fosa iliaca izquierda que se hace generalizado, náuseas y febrícula de 72 h de evolución. Antecedentes personales: no menarquia. Exploración física: aceptable estado general, abdomen doloroso de forma generalizada más intenso en FII, con defensa en dicha zona y signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias. Tacto rectal doloroso con abombamiento del fondo de saco de Douglas. Analítica: leucocitosis con neutrofilia. Ecografía y TAC de abdomen: abundante líquido libre en pelvis sin identificar el origen del proceso.

Resultados: Se realiza laparotomía urgente observando trompa de Falopio izquierda torsionada y totalmente necrótica sin afectarse el ovario del mismo lado. Ovario derecho y útero de características normales. Se practica salpinguectomía izquierda preservando el ovario. Postoperatorio sin incidencias. Estudio histológico compatible con torsión de la trompa de Falopio.

Conclusiones: Si bien la torsión aislada de la trompa de Falopio es un evento infrecuente, debe ser considerada en el diagnóstico diferencial del dolor abdominopélvico agudo en niñas preadolescentes y adolescentes, puesto que el diagnóstico y tratamiento precoces son fundamentales para la preservación de la trompa.

Forma de presentación: Poster.

- **Agresión brutal sobre cabeza: pérdida de cuero cabelludo y exposición casi completa de la calota.** C. Hernández Castelló, R. Beltrà Picó, I. Herrera Montes. *Unidad de Cirugía Plástica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria.*

Objetivo: Mostrar la técnica quirúrgica realizada para tratar un paciente con pérdida traumática de gran parte del cuero cabelludo, por el desafío terapéutico que representa, condicionado, fundamentalmente, por la superficie de calota expuesta y por el mecanismo de agresión que lo produjo.

Material y métodos: Presentamos el caso de un niño de 2 años de edad, que nos remiten desde un país africano tras haber sufrido brutal agresión por una jauría de perros salvajes, que le produjo arrancamiento de 4/5 partes del cuero cabelludo, dejando toda esa superficie de calota con el hueso expuesto al aire. A su ingreso presentaba una anemia importante que requirió transfusión sanguínea para estabilizar su estado hemodinámico. Durante el período pre-quirúrgico se realizaron curas convencionales con apósitos impregnados en plata. A pesar de ello tuvo múltiples contaminaciones bacterianas de flora variada: *Pseudomonas*, Estafilococos, *Enterobacter*, etc. Llegado el momento idóneo le realizamos tratamiento quirúrgico en 2 etapas. En la primera procedimos a recubrir, tras la adecuada preparación que describimos en el trabajo, toda la superficie ósea expuesta con dermis artificial. En la segunda fase, una vez que la dermis artificial se integró satisfactoriamente en el hueso, lo recubrimos con auto injertos de epidermis.

Resultados: El resultado final ha sido de curación completa, consiguiéndose la finalidad de recubrir de manera estética y funcional el total del hueso craneal.

Conclusiones: Consideramos que la técnica quirúrgica que describimos es idónea y puede ser de gran ayuda para solucionar problemas importantes como el caso que presentamos y otros similares.

Forma de presentación: Poster.

- **Onfalocele con heterotaxia hepática y “trombosis” de cava e hipertensión arterial transitoria postoperatoria.** E. Enríquez Zarabozo, R. Ayuso Velasco, E. Blesa Sánchez. *Hospital Materno Infantil Infanta Cristina. SES. UEX. Badajoz.*

Objetivo: Entre la corrección quirúrgica del onfalocele y el alta ocurren complicaciones frecuentes, que obligan a estancias prolongadas. Entre éstas no suelen referirse las presentadas en nuestro paciente.

Material y métodos: Varón. Edad gestacional: 36 semanas. Cesárea por onfalocele. Reducción parcial y recubrimiento visceral con saco de silástico al nacimiento, completándose cierre al 8º día. Hígado extracelómico en su mayor parte, central, pendiendo de un pedículo posterior de escaso diámetro. Buena evolución salvo aparición de hipertensión arterial

el 18º día. Radiografía abdomen: hígado central, intestino delgado en hemiabdomen inferior, ángulo hepático del colon subdiafragmático derecho. Ecografía abdominal: en cava inferior, a nivel renal, imagen compatible con trombo. Se instaura tratamiento con rTPA como fibrinolítico seguido de heparina. Se controlan las cifras tensionales con enalapril. Reducción progresiva del trombo hasta su total desaparición al mes de su detección, normalizándose la tensión arterial, sin precisar tratamiento al alta.

Resultados: Actualmente (3 años de edad) permanece asintomático. El hígado y el colon siguen en posición anómala.

Conclusiones: Aunque se refiere la producción, tras la reducción a presión del onfalocele, de un posible síndrome compartimental, la trombosis renal e hipertensión arterial no se comunican como complicaciones postoperatorias a corto plazo del onfalocele. Dadas las peculiaridades anatómicas y la localización del hígado, así como de su pedículo, cabe pensar en angulación de la cava inferior como alternativa al diagnóstico de trombosis. El paralelismo entre la imagen sugerente de trombosis con hipertensión arterial nos obliga a pensar en una relación entre ambas, aunque el síndrome compartimental podría ser causa también de hipertensión.

Forma de presentación: Poster.

- **Opciones terapéuticas en el manejo de las secuelas de grandes defectos congénitos de la pared abdominal.** S. Fuentes Carretero, C. Moreno Zegarra, R. Tejedor Sánchez, E. Martí Carrera, M.D. Delgado Muñoz, A. Gómez Fraile. *Hospital Universitario 12 de Octubre.*

Objetivo: La mortalidad de los grandes defectos congénitos de pared abdominal, tanto gastrosquisis como onfalocele, ha disminuido en los últimos años por lo que nos encontramos cada vez más pacientes con complejas secuelas de los mismos en edades posteriores. El objetivo de este trabajo es presentar las distintas técnicas utilizadas en nuestro centro para su reparación.

Material y métodos: Revisión de casos clínicos. Revisión de la literatura.

Casos clínicos: Hemos tratado dos niñas con eventraciones secundarias a onfalocelos gigantes que abarcaban una gran extensión de la pared abdominal. En ambos casos se optó por la colocación de expansores submusculares que permitieron un cierre posterior mediante desdoblamiento de la fascia de los rectos abdominales, requiriendo malla en uno de los casos. Otros dos casos presentaron defectos de menor tamaño en los que se optó por el cierre directo mediante aproximación de los rectos abdominales. Un tercer caso cerró de forma directa con desdoblamiento de la fascia de los rectos sin necesidad de expansores submusculares.

Conclusiones: Las secuelas de los defectos congénitos de pared abdominal gigantes son una patología de creciente incidencia que requiere un abordaje complejo e individualizado a fin de obtener una adecuada continencia de la pared abdominal.

Forma de presentación: Poster.

- **Traumatismo escrotal y torsión testicular.** E. Enríquez Zarabozo, R. Ayuso Velasco, J.I. Santamaría Ossorio, R. Núñez Núñez, S. Sanjuán Rodríguez, A. Torres de Aguirre. *Hospital Materno Infantil Infanta Cristina. SES. UEX. Badajoz.*

Objetivo: La torsión testicular a consecuencia de un traumatismo sucede en un 4-8% de los casos, pudiendo aparecer horas después, y no estar presente en la primera exploración. Puede no estar en relación con la intensidad del mismo. De ahí la importancia del seguimiento cuando no se decide la intervención inmediata.

Material y métodos: Varón de 13 años que acude por traumatismo escrotal tras caída de una bicicleta. Exploración: tumoración redondeada, bien delimitada, dolorosa, encima del testículo derecho, compatible con hematoma epididimario. Se confirma el diagnóstico tras ecografía testicular, observándose buena vascularización de ambos testículos. Actitud expectante y tratamiento médico. Acude de nuevo a las 72 horas por empeoramiento. Aumento de volumen de hemiescrotal derecho, edema de pared, teste derecho doloroso a la palpación. Ecografía: ausencia de vascularización de teste derecho. Se realiza exploración quirúrgica, observándose torsión testicular intravaginal y hematoma epididimario. Se realiza detorsión y pexia del teste, ante las expectativas de viabilidad. Aportamos iconografía pre, intra y postoperatoria, así como de la ecografía y el eco-doppler.

Resultados: El caso que aportamos evolucionó satisfactoriamente con conservación del testículo, comprobada en la última revisión, dos meses después de la intervención.

Conclusiones: 1) Ante todo traumatismo escrotal se debe considerar la posibilidad de torsión testicular consecuente al mismo. Los cambios inflamatorios pueden propiciar la torsión del pedículo vascular en algunos casos cuya fijación testicular sea incorrecta. 2) La ecografía y el ecodoppler son fundamentales para su correcto diagnóstico y seguimiento. 3) Debe plantearse la exploración quirúrgica ante toda evolución progresiva de los signos inflamatorios postraumáticos.

Forma de presentación: Poster.

- **Enfisema intersticial adquirido: a propósito de un caso.** J.I. Santamaría Ossorio, R. Ayuso Velasco, E.M. Enríquez Zarabozo, A.M. Torres de Aguirre, R. Núñez Núñez. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno Infantil. Badajoz.*

Objetivo: El enfisema intersticial adquirido (EIA) neonatal es una patología poco frecuente que se relaciona con ventilación mecánica y una base anatómica pulmonar alterada. Su diagnóstico diferencial con otras malformaciones pulmonares quísticas (MAQP) es difícil. Suele involucionar espontáneamente, sin embargo, algunos pueden requerir tratamiento quirúrgico.

Material y métodos: Recién nacido varón de 34 semanas EG que ingresa por dificultad respiratoria y cianosis. Radio-

grafía tórax al ingreso: patrón micronodulillar difuso con buena aireación. Precisa ventilación mecánica durante 5 días por frecuentes desaturaciones. A las 12 horas de vida, presenta neumotórax derecho a tensión y neumomediastino, se resuelven tras drenaje. Radiografía tórax 10º día: imagen de aspecto bulloso en base pulmonar derecha, que aumenta de tamaño en controles posteriores. TAC torácico: patrón de vidrio deslustrado bilateral, imágenes quísticas en lóbulo pulmonar inferior derecho. Ante la mala evolución del paciente se decide tratamiento quirúrgico: el lóbulo inferior derecho no se colapsa tras la toracotomía, bulloso. Se observa drenaje vascular anómalo mediante tronco venoso a vena cava inferior. Lobectomía. Anatomía patológica (AP) compatible con enfisema intersticial. Buena evolución postoperatoria.

Resultados: El paciente, 6 meses después de la intervención, permanece asintomático. Radiografía de tórax: buena reexpansión pulmonar derecha.

Conclusiones: 1) La ventilación mecánica y las alteraciones anatómicas pulmonares son la base de la aparición del enfisema intersticial adquirido en nuestro paciente. 2) El diagnóstico diferencial con malformaciones pulmonares, sobre todo MAQP, fue difícil. 3) Aunque el EIA involucre espontáneamente, algunas veces la evolución tórpida y progresiva requiere tratamiento quirúrgico, entre otras razones para su correcto diagnóstico AP.

Forma de presentación: Poster.

- **Gran hidronefrosis como hallazgo secundario a trauma abdominal.** F. Cáceres, L García Aparicio, M Vancells, J. Rodó, J. Lerena, J.M. Ribó. *Departamento de Cirugía. Agrupación Sanitaria Hospital Sant Joan de Déu-Clínica. Universidad de Barcelona.*

Objetivo: Presentar pacientes con una gran hidronefrosis, como hallazgo secundario a un traumatismo abdominal cerrado.

Material y métodos: Caso 1: Varón 13 años. Contusión abdominal por patada de *Equus asinus*. Macrohematuria y abdominalgia izquierda. ECO: hidronefrosis izquierda 6 cm. UroRM: estenosis pieloureteral (EPU) izquierda con función 20% sin alteraciones a la sobrecarga diurética. Renograma: patrón obstructivo, Función izquierda 34%. A los 3 meses: cirugía diferida (pieloplastia) por laparoscopia. A los 2 meses DMSA: función izquierda 50%. Caso 2: Varón 13 años. Contusión abdominal (pelota de fútbol). Dolor lumbar izquierdo, microhematuria y fiebre. ECO/TAC: hidronefrosis izquierda de 23x15 cm, con parénquima atrófico. A los 2 días, nefrostomía abierta (2000 cc-hemático purulento). Al mes DMSA: función izquierda inferior 15%, actividad nula. A los 2 meses cirugía diferida: nefrectomía por laparoscopia con reconversión. Caso 3: Varón 16 años. Contusión abdominal con manillar de bicicleta. Vómito y dolor abdominal. ECO/TAC: colección líquida de 27x16 cm, que ocupa flanco izquierdo, ausencia de parénquima renal. A las 24 horas, nefrostomía percutánea por

ecografía (300 cc-hemático). A los 15 días DMSA: función izquierda del 5%, marcado adelgazamiento cortical, nula secreción. A los 20 días cirugía diferida: nefrectomía por laparoscopia.

Resultados: Caso 1: Histología: EPU, tiempo quirúrgico: 315 minutos. Caso 2 y 3: Histología: atrofia renal secundaria a EPU, tiempo quirúrgico de 240 minutos (caso 2) y 360 minutos (caso 3). Evolución favorable.

Conclusiones: El diagnóstico de hidronefrosis secundaria a uropatía obstructiva no filiada se detecta a raíz de un traumatismo. Se debe drenar el sistema renal en una hidronefrosis masiva para permitir valorar la función y elegir su tratamiento: nefrectomía vs reconstrucción.

Forma de presentación: Poster.

- **Ectima gangrenosa y enterocolitis necrotizante por *Pseudomonas aeruginosa* en lactante sano. A propósito de un caso.** P. Palazón Bellver, M. Corradini, M. Castañón García-Álix, J.M. Ribó Cruz. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

Objetivo: La sepsis por *Pseudomonas aeruginosa*, que puede manifestarse como ectima gangrenosa y/o enterocolitis necrotizante (ECN), afecta principalmente a pacientes inmunodeprimidos y raramente pacientes inmunocompetentes. Presentamos un caso de sepsis por *Pseudomonas aeruginosa* en un lactante sano con ectima gangrenosa y enterocolitis necrotizante masiva

Material y métodos: Lactante de 5 meses sano, con antecedente de diarreas, presenta rápido deterioro general, úlceras necróticas tipo ectima gangrenosa y distensión abdominal. La laparotomía demuestra enterocolitis necrotizante masiva, con mayor afectación del colon. Se realizan ileostomías. Al aislar en las úlceras *Pseudomonas aeruginosa*, se instaura antibiótico y corticoterapia.

Resultados: En el postoperatorio se desarrollan diversas complicaciones que requieren tratamiento combinado médico-quirúrgico. Aparece nuevo cuadro séptico con distensión abdominal debido a perforaciones múltiples en colon descendente y en yeyuno distal; se realiza resección yeyunal con anastomosis y hemicolectomía izquierda tipo Hartmann. Sobreinfección con dehiscencia de la herida por *Rhizopus oryzae* tributaria de desbridamiento quirúrgico y amfotericina B liposomal. Cierre posterior de la pared abdominal con malla de Goretex, que posteriormente se exterioriza por nuevas infecciones. Finalmente se retira la malla y se cierra la pared mediante zetaplastias. Actualmente el niño está estable, con dilataciones anales por estenosis post-ectima. El estudio inmunitario ha resultado normal.

Conclusiones: La ectima gangrenosa y la ECN por *Pseudomonas aeruginosa* se presentan típicamente en inmunodeprimidos. No obstante, debe tenerse presente esta entidad en la población normal. Remarcar el manejo médico-quirúrgico, que presenta la misma complejidad que en pacientes inmunodeprimidos.

Forma de presentación: Poster.

- **Presentación de un caso de hamartoma mesenquimal hepático como abdomen agudo.** E. Calleja Aguayo, R. Delgado Alvira, R. Escartin Villacampa, J. Elías Pollina, J.A. Esteban Ibarz. *Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivo: El hamartoma mesenquimal hepático (HMH) es un raro tumor benigno en la infancia y su etiopatogenia es discutida. El 80% afecta a niños menores de 2 años. Suele presentarse como masa abdominal palpable o distensión abdominal. El diagnóstico radiológico describe tumoración hepática multiquistica aunque existen variaciones y su tratamiento es la exéresis quirúrgica.

Material y métodos: Lactante de 15 meses que acude con vómitos y fiebre de 24 horas de evolución más deposiciones diarreicas. Destaca distensión abdominal desproporcionada que impide la palpación. Se realiza ecografía urgente visualizando masa quística de 13x12 cm con múltiples septos en hemiabdomen derecho que desplaza asas intestinales. Con sospecha de linfangioma quístico complicado se interviene urgentemente hallando gran tumoración (15 cm) dependiente de lóbulo hepático derecho y se extrae mediante segmentectomía hepática derecha. La anatomía patológica posterior reveló un hamartoma mesenquimal hepático.

Resultados: Los tumores hepáticos son infrecuentes en los pacientes pediátricos siendo el HMH el segundo en frecuencia de las tumoraciones benignas, precedido del hemangioma. En nuestro caso destaca la forma de presentación de abdomen agudo que forzó la indicación de una cirugía hepática urgente. Las pruebas diagnósticas, principalmente ecografía y TAC abdominal, muestran masa multiquistica. El pronóstico del HMH es excelente tras su cirugía radical.

Conclusiones: El HMH es tumor poco frecuente en el niño. Su diagnóstico puede simular otras patologías intraabdominales por lo que en el diagnóstico diferencial se deben incluir además de las neoplasias hepáticas, el linfangioma quístico. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico en el se diferenciará del sarcoma embrionario hepático.

Forma de presentación: Poster.

- **Hidronefrosis secundaria a ureter retrocavo.** J.V. Sotoca Fernández*, M.S. Fernández Córdoba**, J. González Piñera**, E. Hernández Anselmi**, Y. Argumosa Salazar**, A. Vidal Company*. *Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. **Servicio de Cirugía Pediátrica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

Objetivo: El uréter retrocavo es una malformación congénita infrecuente (comunicaciones publicadas exclusivamente como casos aislados) debida al trayecto posterior a la vena cava del uréter derecho. Habitualmente el diagnóstico se realiza después de la tercera década de vida, pero cuando la clínica debutó en edad pediátrica el tratamiento es quirúrgico.

Material y métodos: Varón de 20 meses estudiado por presentar infecciones urinarias de repetición desde los 6 meses de vida. La ecografía demostró hidronefrosis grado III derecha sin visualizar uréter. La cistografía fue normal. El renograma diurético evidenció una curva obstructiva (tiempo medio de eliminación de 47 minutos). La urografía apreció estenosis pielo-ureteral sin verse el uréter derecho medial. Se inició la cirugía con una pielo-ureterografía retrógrada que objetivó una obstrucción ureteral proximal sin signos de estenosis intrínseca. El trayecto del uréter a la altura de L3-L4 presentaba un discreto desplazamiento medial sugestivo de uréter retrocavo tipo 2 que se confirmó en la cirugía. Se procedió a la uretero-uretero anastomosis término-terminal sobre tutor doble-J, sin resección ureteral.

Resultados: El paciente fue dado de alta a las 24 horas y se retiró el catéter doble-J después de 3 semanas. La ecografía y el renograma diurético postoperatorio objetivó la resolución de la obstrucción ureteral.

Conclusiones: La uro-tomografía con contraste es la mejor técnica para el diagnóstico de uréter retrocavo aunque su indicación, no rutinaria, se basa en hallazgos de otras pruebas complementarias. En nuestro caso, hasta la ureterografía retrógrada previa al acto quirúrgico, nada sugirió la patología finalmente encontrada.

Forma de presentación: Poster.

- **Linfangiomatosis renal, una patología inusual.** E. Hernández Anselmi, J. González Piñera, M.S. Fernández Córdoba, Argumosa Salazar, N. Garcés Iñigo*, M. Villar García*, L. Casado Moragon*. *Servicio de Cirugía Pediátrica y *Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

Objetivo: La linfangiomatosis renal se define como áreas de linfangiectasia debidas a obstrucción linfática durante la embriogénesis, variando desde masas quísticas multiloculadas perirenales hasta lesiones focales de aspecto sólido que dificultan el diagnóstico diferencial con otras tumoraciones renales malignas, derivando en nefrectomías evitables en estos pacientes. Nuestro objetivo es recordar esta inusual patología, destacando la implicación terapéutica de un adecuado diagnóstico radiológico.

Material y métodos: Presentamos un caso de linfangiomatosis renal en el contexto de una malformación vascular compleja, analizando presentación clínica, hallazgos radiológicos y manejo.

Resultados: Niña de 18 meses asintomática, remitida por malformación vascular de gran tamaño a nivel toracolumbar derecho e hipertrofia del miembro inferior ipsilateral. En ecografía realizada para despistaje de malformaciones, se evidenció hipertrofia marcada del riñón derecho con alteración difusa de la ecoestructura. El TAC con contraste mostró un área hipodensa mal delimitada con realce gradual tras contraste y quiste complicado en polo inferior sin poder descartar tumor maligno. La RMN objetivó imágenes quísticas bilaterales, en aparente continuidad con el riñón y la lesión de la pared torácica en el lado derecho y adyacente al psoas en el izquierdo, compatibles

con linfangiomatosis renal. Se decidió actitud expectante con controles seriados. Tras 8 meses de seguimiento la paciente permanece asintomática, con buen desarrollo ponderoestatural, sin cambios en la lesión renal respecto a estudios previos, pendiente de escleroterapia de malformación cutánea.

Conclusiones: Debemos considerar la linfangiomatosis renal en el diagnóstico diferencial de tumoraciones renales quísticas en la edad pediátrica, ya que es subsidiaria de manejo conservador en la mayoría de los casos.

Forma de presentación: Poster.

- **Enfisema pulmonar intersticial unilobar.** M. Olivares Muñoz, M. Castañón García-Álix, M.E. Muñoz Fernández, L. Saura García, X. Tarrado Castellarnau, J.M. Ribó Cruz. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

Objetivo: El enfisema intersticial se caracteriza por gas que diseca el intersticio pulmonar, puede ser por aumento de la presión intraalveolar secundario a aspiración, oclusión parcial bronquial o ventilación a presión positiva. Presentamos un caso de presentación unilobar.

Material y métodos: Neonato varón de 27 semanas de gestación y 1030 gramos que requirió intubación y surfactante en sala de partos por distrés respiratorio.

Resultados: La radiografía posterior demostró que la intubación y el surfactante habían sido selectivas en pulmón derecho. Se mantuvo en ventilación mecánica 6 días, CPAP hasta el día 14 en que se reintubó por empeoramiento respiratorio. La radiografía de tórax evidenció hiperinsuflación del pulmón izquierdo con desviación mediastínica y colapso pulmonar derecho. El TC informó de múltiples quistes en lóbulo superior izquierdo y atelectasia del lóbulo inferior. Bajo la sospecha de malformación adenomatoidea quística versus enfisema intersticial se remitió a nuestro centro a los 37 días de vida; se conectó a ventilación de alta frecuencia con intubación selectiva a pulmón derecho. Dado el empeoramiento del distrés respiratorio se realiza lobectomía superior izquierda a los 40 días de vida. Postoperatorio sin incidencias, se extubó a CPAP al 4 día. La anatomía patológica describe múltiples quistes de diferentes tamaños, interconectados, con septos de tejido conectivo, algunos subpleurales. Células gigantes multinucleadas tipo cuerpo extraño, confirmando el diagnóstico de enfisema pulmonar intersticial.

Conclusiones: En este caso pensamos que la intubación inicial selectiva y la instilación de surfactante al pulmón derecho en un prematuro con enfermedad de membrana hialina ha contribuido a la aparición del cuadro

Forma de presentación: Poster.

- **Masa quística retroperitoneal con diagnóstico prenatal y desaparición espontánea.** R. Delgado Alvira, N. González Martínez-Pardo, E. Calleja Aguayo, A. González Esgueda, J.A. Esteban Ibarz. *Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivo: Los avances en diagnóstico prenatal han permitido detectar masas abdominales que antes, o bien se diagnosticaban tardíamente cuando presentaban complicaciones o nunca se descubrían porque desaparecían espontáneamente.

Material y métodos: Neonato de 27 días, asintomático y sin antecedentes de interés, con masa quística retroperitoneal de diagnóstico prenatal a 19 semanas gestación. Presenta abdomen globuloso, sin palpase masa. Ecografía abdominal: riñón derecho rechazado por masa quística de 63x42x47 mm desde zona medial de flanco derecho, mesogastrio y hasta pelvis menor, con contenido ecogénico y septos. RM: lesión bien delimitada en zona central retroperitoneal, desplazada a la derecha. Desplaza a vena cava inferior, contacta con el polo superior renal derecho, columna vertebral, entre vena cava y aorta y alcanza pedículo renal izquierdo. En sentido craneocaudal está entre pinza aortomesentérica y espacio supramesentérico. Ocasiona desplazamiento y mínima ectasia del riñón derecho. El estudio analítico, enolasa en sangre y catecolaminas en orina son normales. El diagnóstico fue de linfangioma quístico retroperitoneal.

Resultados: El paciente se controló mediante ecografías, observando disminución del tamaño de la masa, con desaparición a los 8 meses.

Conclusiones: A pesar de que el gran tamaño inicial de la masa y la compresión de estructuras adyacentes nos puede llevar a plantear la extirpación quirúrgica como primera opción terapéutica, debemos tener en cuenta la posibilidad de involución de los linfangiomas retroperitoneales asintomáticos en el periodo neonatal y considerar la opción de realizar seguimiento no invasivo y reservar la cirugía en caso de complicaciones o no resolución de la masa.

Forma de presentación: Poster.

- **Artificio de Esser-Mustarde: reconstrucción palpebral con injerto pediculado.** A. Moreno, E. Arana, J.P. Barret, J. Lloret. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivo: Las heridas y lesiones palpebrales en niños son frecuentes. La mayoría son lesiones simples pero en algunos casos son lesiones complejas con alto riesgo de secuelas funcionales y estéticas. Conocer la técnica ideal para cada lesión permite optimizar los resultados.

Material y métodos: Se expone un caso clínico con lesión palpebral compleja. Se trata de un niño de 2 años de edad que sufre una pérdida de sustancia de más del 50% del párpado superior izquierdo; se realiza autoinjerto con evolución a necrosis completa. Para reconstrucción del defecto se realiza cantolisis superior externa y artificio de Esser-Mustarde (colgajo pediculado completo del párpado inferior a párpado superior) con sutura del músculo elevador al tarso del colgajo. En un segundo tiempo quirúrgico se realiza autonomización del colgajo y remodelación del canto externo.

Resultados: El paciente presenta abertura ocular completa sin asimetría visible con el párpado contralateral y con secuelas estéticas mínimas.

Conclusiones: Para la reconstrucción del párpado superior existen numerosas técnicas descritas ampliamente en la literatura, y que el cirujano emplea según su habilidad y predilección. El artificio de Esser-Mustarde nos permite aportar tejido no traumatizado, bien vascularizado, sin lesión residual de la zona donante y reconstrucción completa del párpado superior en todas sus capas, aspecto funcional, y pestañas, aspecto estético.

Forma de presentación: Poster.

- **Tumor desmoide: una patología inesperada.** Y. Arguñosa Salazar, J. González Piñera, E. Hernández Anselmi, M.S. Fernández Córdoba, S.H. Nam Cha*, L. Iñiguez de Ontoño*, J. Sotoca Fernández**. *Servicios de Cirugía Pediátrica, *Anatomía Patológica y **Pediatria. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

Objetivo: El tumor desmoide se clasifica histológicamente como un sarcoma de bajo grado de malignidad con una alta capacidad de infiltrar localmente los tejidos subyacentes y bajo potencial metastásico. Es una patología rara con un comportamiento agresivo que ocasiona daños funcionales a estructuras u órganos adyacentes, incluso se han reportado casos de fallecimientos por esta patología. El diagnóstico es anatomopatológico. Nuestro objetivo es enfatizar que la extirpación del tumor desmoide con márgenes negativos es el tratamiento óptimo, ya que las recidivas locales son muy frecuentes y requieren reintervenciones quirúrgicas, radioterapia y/o quimioterapia.

Material y métodos: Presentamos un caso clínico de un paciente de 13 años de edad con una tumoración asintomática en región axilar derecha, que se programó para exéresis quirúrgica sin la sospecha de tumor desmoide dentro del diagnóstico diferencial.

Resultados: Realizamos la exéresis de una tumoración sólida, de 15?5mm, en plano musculoponeurótico, mal delimitada e infiltrando músculo pectoral mayor. La biopsia reveló tumor desmoide que alcanza los bordes de resección. Realizamos una reintervención temprana con márgenes negativos, corroborados por biopsia.

Conclusiones: El diagnóstico de tumor desmoide nos obliga a una resección quirúrgica con márgenes negativos, siempre y cuando no ocasionemos daños funcionales y/o cosméticos. En nuestro caso, con la reintervención del paciente hemos logrado su curación.

Forma de presentación: Poster.

- **Linfangioma quístico intraabdominal. A propósito de un caso.** M. Curbelo, C. Barceló, C. Marhuenda, G. Guillén, J. Lloret, V. Martínez-Ibáñez. *Unidad de Cirugía Oncológica y Torácica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivo: Los linfangiomas son malformaciones congénitas del sistema linfático que se localizan predominantemente

en cabeza y cuello, siendo la localización intraabdominal muy poco frecuente (2-8%). Suelen ser asintomáticos hasta que desarrollan complicaciones debidas a su crecimiento, sangrado o sobreinfección. El tratamiento de elección consiste en la exéresis total para evitar recidivas. Presentamos un caso clínico.

Material y métodos: Paciente de 5 años de edad que presenta dolor abdominal de 48 horas de evolución acompañado de vómitos. En la exploración física destaca una masa en región epigástrica sin objetivarse signos de irritación peritoneal. Se realiza analítica general y radiografía de tórax, resultando ambas normales. Posteriormente se practica ecografía y RMN abdominal, evidenciándose en ambas la presencia de una gran masa quística multilobulada que se localiza en parte anterior del abdomen y se extiende desde epigastrio a pelvis. Se remite a nuestro centro en donde se practica la intervención quirúrgica mediante laparotomía media supraumbilical, realizándose la exéresis de una gran masa quística dependiente del epiplon.

Resultados: El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico de linfangioma quístico. La evolución postquirúrgica del paciente es satisfactoria, encontrándose asintomático. Actualmente continúa con controles periódicos.

Conclusiones: Los linfangiomas intraabdominales suelen pasar desapercibidos hasta que desarrollan complicaciones debidas a sobreinfección, sangrado o rápido crecimiento, tal y como ocurre en nuestro paciente. El linfangioma debería considerarse en el diagnóstico diferencial ante la presencia de un dolor abdominal agudo asociado a una masa, aunque la localización intraabdominal sea poco frecuente.

Forma de presentación: Poster.

- **Secuestro pulmonar bilateral con bronquio esofágico común. Abordaje unilateral.** L. Saura García, X. Tarrado Castellarnau, Mo. Castañón García-Álix, M.E. Muñoz Fernández, M. Olivares Muñoz, J.M. Ribó Cruz. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

Objetivo: Presentamos un caso raro de secuestro bilateral pulmonar intralobar con un bronquio esofágico común detectado prenatalmente, que fue resecado completamente con un abordaje unilateral.

Material y métodos: La ecografía prenatal a las 25 semanas de gestación reveló una malformación pulmonar bilateral. En la resonancia magnética a las 31 semanas se evidenció un secuestro pulmonar bilateral. No hubo incidencias durante el parto. El paciente se mantuvo asintomático en todo momento por lo que se pospuso el tratamiento quirúrgico definitivo. La tomografía computarizada a los 2 meses confirmó el diagnóstico, mostrando una unión esofágica de ambas masas pulmonares a través de un bronquio aberrante y el aporte arterial del tronco celíaco. El estudio de contraste no puso de manifiesto ninguna comunicación.

Resultados: La resección quirúrgica completa se realizó a los 24 meses a través de un abordaje unilateral. Una toracotomía derecha permitió el abordaje ipsilateral de la lesión. Median-

te tracción retroesofágica del bronquio aberrante común que conectaba ambos secuestros se extrajo la lesión en bloque. El aporte arterial provenía del tronco celíaco. Ambos secuestros eran intralobares, se realizó una segmentectomía con endograpadora. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico. El paciente se encuentra asintomático a los 6 meses de la cirugía.

Conclusiones: Los secuestros bilaterales son una entidad poco frecuente. Enfatizamos en que nuestro caso se trata de un diagnóstico prenatal bilateral de un secuestro intralobar bilateral con un bronquio esofágico común con resección en bloque mediante una toracotomía unilateral.

Forma de presentación: Poster.

- **Sinus suprapúbico asintomático aislado.** R. Granero Cendón, I. Tuduri Limousin, J. Morcillo Azcárate, D. Aspiazu Salinas, R. Cabello Laureano, J.C. De Agustín Asensio. *Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: Presentamos un caso de sinus suprapúbico asintomático aislado

Material y métodos: Lactante mujer de 17 meses de vida sin antecedentes personales de interés que presenta una lesión fistulosa situada en zona suprapúbica, línea media; es diagnosticada al nacimiento no presentando en ningún momento cuadros compatibles con infección de orina, sensación de masa bajo la fístula o supuración espontánea por la misma, así mismo tampoco se ha evidenciado en patología umbilical asociada. La familia relata aumento de tamaño de la lesión desde el diagnóstico. A la exploración se aprecia un trayecto fistuloso, ciego, de aproximadamente 0,5 cm de longitud en zona suprapúbica, línea media. No se palpan masas ni megalias abdominales. Resto de la exploración por aparatos y sistemas sin hallazgos de interés. Se realiza ecografía abdominal y cistografía miccional seriada, ambas normales, así como fistulograma donde se aprecia trayecto fistuloso que no presenta comunicación con otras estructuras anatómicas.

Resultados: Se realiza exéresis de la lesión, sin incidencias, hallándose un trayecto fistuloso de 0,4 cm, sin relación o comunicación con estructuras umbilicales o vejiga urinaria. Tras el estudio anatomopatológico no se puede concluir que exista asociación con patología uracal.

Conclusiones: Las fístulas prepúbicas así como los sinus que presentan apertura en la zona suprapúbica son infrecuentes en la literatura. Su origen embriológico es todavía desconocido pero ya que normalmente presentan comunicación con la vejiga o con remanentes uracales es importante descartar patología urológica o umbilical asociada.

Forma de presentación: Poster.

- **Hipertrofia del esfínter anal interno como causa de estreñimiento y dolor anal.** R. Granero Cendón, J. Morcillo Azcárate, M.J. Moya Jiménez, J.C. De Agustín Asensio, F. De la Portilla, M. López-Alonso. *Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: La hipertrofia del esfínter anal interno es una entidad infrecuente dentro de la patología pediátrica pero puede causar con clínica similar a la proctalgia fugax (estreñimiento, distensión abdominal, dolor perianal intenso y autolimitado, de predominio nocturno) que se trata en la actualidad con antagonistas del calcio (nifedipino) vía oral con gran éxito.

Material y métodos: Paciente mujer de 2 años de edad remitida a nuestro centro para estudio de estreñimiento y distensión abdominal. La madre refiere además, dolor anal de predominio nocturno. Se le ha realizado en su Hospital de referencia manometría anorrectal en la que se demuestra presencia de reflejo rectoesfinteriano, enema opaco en el que se objetiva sigma derecho y abundante material fecal y biopsia rectal normal.

Resultados: A su ingreso, exploración física sin hallazgos de interés; realizamos manometría anorrectal (presión elevada en el canal anal y presencia de reflejo rectoesfinteriano), biopsia rectal por succión (sugestiva de displasia neuronal intestinal) y ecografía endoanal (morfología ecográfica del canal anal normal con hipertrofia del esfínter anal interno). Con los hallazgos anteriores consideramos los cuadros de distensión abdominal explicables por la displasia neuronal colónica y la hipertrofia del esfínter anal interno responsable del dolor anal por lo que se decide tratamiento con nifedipino oral, con gran mejoría del cuadro clínico.

Conclusiones: En pacientes pediátricos con estreñimiento crónico y dolor anal es importante valorar ecográficamente el canal anal. Planteamos los antagonistas del calcio como una opción terapéutica en niños con cuadros de dolor anal.

Forma de presentación: Poster.

- **Diagnóstico diferencial de tumoración abdominal en un paciente con antecedentes quirúrgicos.** E. Calleja Aguayo, R. Delgado Alvira, M.A. Rihuete Heras, A. González Esgueda, J. Elías Pollina, J.A. Esteban Ibarz. *Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivo: Tener presente en el diagnóstico diferencial de una masa abdominal, el material quirúrgico residual en un paciente con antecedentes quirúrgicos.

Material y métodos: Varón de 12 años con dolor abdominal intermitente de 3 días de evolución más vómitos y fiebre. Como antecedentes destaca intervención de RGE a los 6 años en Brasil. Se palpa masa en hipocondrio izquierdo, dura y no dolorosa; analíticamente presenta fórmula, perfil hepático y marcadores (AFP, NSE y BHCN) normales. En la radiografía y ecografía abdominal se observa una gran masa sólida en hipocondrio izquierdo, en el tránsito intestinal aparece desplazamiento del estómago y asas hacia línea media y en el TC abdominal aparece una masa independiente de estómago, páncreas, bazo o riñón de aspecto heterogéneo con alguna calcificación en su interior, intentando descartar cuerpo extraño.

Resultados: Se realiza cirugía ante la sospecha de pseudoobstrucción abdominal con masa tumoral sin filiar encontrando

do una masa de 10 cm con pseudocápsula entre estómago y bazo recubierta por epiplon con grandes adherencias y en su interior se halla una compresa.

Conclusiones: Se define como Textiloma o Gossypiboma a la formación de un granuloma en torno a una compresa de años de evolución. El textiloma es frecuente en cirugía abdominal seguida de la ginecológica. Tenerlo presente en el diagnóstico de masa tumoral en un paciente con antecedentes quirúrgicos supuestamente sano. Dificultad del diagnóstico si no hay síntomas pasado mucho tiempo de la intervención. Concienciar a la comunidad médica ante el riesgo de esta patología a pesar de las medidas preventivas.

Forma de presentación: Poster.

- **Obstrucción adquirida del vaciado gástrico por hiperplasia foveolar.** F. Cáceres, V. Juliá, M. Suñol, J. Larena, J.M. Ribó. *Departamento de Cirugía. Agrupación Sanitaria Hospital Sant Joan de Déu-Clinic. Universidad de Barcelona.*

Objetivo: Se presenta un caso de infrecuente y difícil diagnóstico de obstrucción adquirida del vaciado gástrico (OVG).

Material y métodos: Varón de 9 meses que presenta vómitos no biliosos postprandiales y pérdida de peso de 1 mes que no remiten con tratamiento médico. Estudio de *H. pylori* negativo. Exploraciones diagnósticas: ECO abdominal: sin signos de estenosis hipertrófica de píloro, imágenes irregulares en antro y píloro. Transito esófago-gastro-duodenal: vaciado lento sin datos patológicos. TAC: gran repleción gástrica, imagen pseudotumoral en el antro. Fibroendoscopia digestiva: mucosa pre-pilórica hipertrófica con cambios hiperplásicos, se biopsia. Se decide laparotomía.

Resultados: Píloro engrosado y fibroso de luz estrecha ocupada por una mucosa pre-pilórica redundante y lobulada. Se practica piloroplastia (Heineke-Mikulicz), exéresis de pseudotumoración y colocación de sonda trans-pilórica para alimentación enteral durante 5 días. 6º día inicia tolerancia oral adecuada con ganancia de peso. Anatomía patológica: lesión hamartomatosa con muscularis mucosa irregular con hiperplasia foveolar.

Conclusiones: La OVG adquirida como causa de vómitos es una entidad infrecuente en la infancia. Antes de efectuar un tratamiento quirúrgico hay que realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo, con exploraciones de imagen y endoscopia. Se debe descartar a la estenosis hipertrófica de píloro como primera opción. Otras causas son: 1) Congénitas: a) intrínsecas (aplasia, atresia, membrana); b) extrínsecas (páncreas ectópico, duplicidad gástrica). 2) Adquiridas: a) primaria (histología normal); b) secundarias: injuria química o infecciosas/neoplásicas (gastroenteritis eosinofílica, gastritis por *H. pylori*, enfermedad de Menétric, adenomas, pólipos) o como nuestro caso, la hiperplasia foveolar focal es una causa común de masa polipoidea en adultos y muy rara en pediatría.

Forma de presentación: Poster.

- **Fístula recto-vaginal: presentación de un caso.** M. Tira-do Pascual, A. Primelles Díaz, F. Sánchez Díaz, M.D. Argos Rodríguez, J. Pérez Rodríguez. *Hospital General Universitario Carlos Haya. Málaga.*

Objetivo: La incidencia de la fístula recto-vaginal dentro de las malformaciones anorrectales es muy baja (1%). Sin embargo, el término es utilizado con mucha frecuencia en la literatura. En la mayoría de los casos, se trata de fístulas recto-vestibulares o cloacas mal diagnosticadas. Presentamos el caso clínico de una paciente con MAR alta con doble fístula, una recto-vestibular y otra recto-vaginal.

Material y métodos: Se presenta el caso de una RNPT (35 semanas) diagnosticada de malformación anorrectal en el momento del nacimiento. Se describen hallazgos, técnica operatoria y evolución de la paciente.

Resultados: RNPT (35 semanas) diagnosticada de malformación anorrectal en el momento del nacimiento. Expulsa meconio en las primeras 24 horas a través de dos orificios: uno situado en la región vestibular y otro en el introito vaginal. Presenta además una estructura en labio mayor izquierdo con apariencia de pene rudimentario. Se realiza screening de otras malformaciones, siendo negativo. Se mantuvo 5 semanas con nursing por orificio vestibular y después fue necesaria una colostomía tipo Hartman. A los 7 meses, se realiza anorrectoplastia sagital posterior donde se constata la presencia de una fístula recto-vaginal y otra recto-vestibular y la ausencia de clítoris, que podría corresponder a la estructura previamente denominada "pene rudimentario". Actualmente, pendiente de cierre de colostomía y transposición de clítoris.

Conclusiones: Conocer las posibilidades anatómicas y sus incidencias facilita un diagnóstico correcto y el uso de una adecuada técnica operatoria. A pesar de la baja incidencia de las fístulas recto-vaginales, hay que tener siempre presente la posibilidad de encontrar una de ellas.

Forma de presentación: Poster.

- **Fibrosarcoma congénito de localización sacra.** M.V. Jiménez, D.A. Aspiazu, J. Morcillo, I. Fernández Pineda, I. Tuduri, M.J. Moya. *Hospital infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: Exponer un caso clínico sobre fibrosarcoma de localización sacra.

Material y métodos: Presentamos un paciente varón de un mes de vida, con una tumoración sacra de crecimiento progresivo de 1-2 cm.

Resultados: El paciente presentó las siguientes pruebas complementarias: LDH, α -FP, enolasa, catecolaminas en orina: normales RM: masa de 4,5 cm con áreas quísticas y necróticas Sin componente pélvico ni espinal. Bien delimitado

Conclusiones: Tumor con proliferación fibroblástica, alto grado de celularidad y crecimiento rápido. Se diagnostica en los primeros meses de vida, incluso al nacimiento. Se localiza más frecuentemente en las extremidades inferiores. Alto gra-

do de recidiva local, siendo raras las metástasis. Tratamiento: exéresis tumoral + Radioterapia coadyuvante. Quimioterapia en resección incompleta, irreseccables o cito-reductora. Diagnóstico patológico: inmunohistoquímica de vimectina/ actina. Supervivencia a los 5 años: 85-90%.

Forma de presentación: Poster.

- **Análisis de la invaginación intestinal en nuestro medio.** M.A. Partida, J. Cervera, C. Flores, J. Guerrero, J. Ace-do*, L. Alonso*. *Servicios de Pediatría y *Cirugía Pediá-trica. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

Objetivo: Revisar la casuística, analizar su frecuencia y precocidad de la sospecha clínica, valoración de incidencia de tratamiento quirúrgico.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de las historia clínica de pacientes atendidos en Urgencias Pediátricas con invaginación intestinal en los últimos 2 años.

Resultados: De los 36 pacientes el 58% fueron varones. Rango de edad 3 meses a 6 años (mediana 10 meses). Síntomas predominantes: vómitos (30), dolor abdominal/llanto (28), sintomatología vagal (19), rectorragia (8), diarrea (5), fiebre (3). Tiempo de evolución de 1 hora a 8 días (paciente con fibrosis quística). Tacto rectal en 14 pacientes (6 positivos), radiografía en 9 (3 patológicas). La ecografía diagnóstica en todos los pacientes. 2 íleo-íleales (50% precisó cirugía), 1 íleo-íleocólicas (cirugía), 14 íleo-cecales (21% cirugía) y 15 colo-colónicas (33% cirugía). Se intentó resolución hidrostática en 31 (86%) pacientes (84% efectiva); 10 (32%) precisaron cirugía (resección en un paciente con divertículo de Meckel). Factores favorecedores: 32% adenitis/adenopatías, 14% GEA, 3% (1) divertículo de Meckel y 3% mucoviscidosis. Precisarón cirugía 21% de los diagnosticados en < 24 h, 50% entre 24-48 h y 57% en > 48 h. Se observaron 2 recurrencias.

Conclusiones: La ecografía fue el método diagnóstico más sensible, permitió su resolución ecoguiada en un 84%. Constatamos que el retraso diagnóstico aumenta la necesidad de cirugía. La muestra no permite relacionar la localización de la invaginación con la necesidad de tratamiento quirúrgico. Sólo hubo una resección, lo que apoya la importancia de la sensibilidad ecografía.

Forma de presentación: Poster.

- **Divertículos vesicales congénitos en pacientes sindrómicos.** L. Krauel, L. García-Aparicio, J. Lerena, J. Rodó, J.M. Ribó. *Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. Barcelona.*

Objetivo: Los divertículos vesicales son consecuencia de una debilidad de la musculatura del detrusor a través de la cual se hernia la mucosa vesical. Su clasificación contempla cuatro tipos: congénitos, adquiridos, iatrogénicos y los asociados a

síndromes congénitos. Presentamos nuestra experiencia con divertículos vesicales asociados a síndromes congénitos

Material y métodos: Revisión retrospectiva de historias clínicas de niños afectados de divertículos vesicales que asociaban síndromes congénitos. Tres fueron los pacientes encontrados: Niño de 4 años afecto de Ehler-Danlos tipo VI, niño de 2 años afecto de síndrome de Menkes y una niña de 10 años con síndrome de Williams-Beuren.

Resultados: El paciente con Ehler-Danlos asociaba 2 divertículos que fueron resecados. El seguimiento al año no presenta complicaciones. La paciente con síndrome de Williams presentaba múltiples divertículos por lo que se optó por un tratamiento conservador sin complicaciones a los 2 años de seguimiento. El paciente con Sdme. de Menkes asociaba múltiples divertículos por lo que se optó también por un tratamiento conservador. El paciente falleció como consecuencia de su enfermedad.

Conclusiones: Los divertículos asociados en pacientes sindrómicos pertenecen a un grupo singular de divertículos vesicales congénitos. La mayoría de síndromes descritos asociados hacen referencia a Ehler-Danlos y Menkes, aunque hay más de 7 descritos. La mayoría relacionados con alteraciones del tejido conectivo. La ruptura espontánea así como la recidiva son las complicaciones más frecuentes. Que deben tenerse en cuenta a la hora de planificar la cirugía y en el seguimiento.

Forma de presentación: Poster.

- **Pseudotumor inflamatorio pulmonar, dos casos clínicos con diferente pronóstico.** J. Gómez Veiras, M.E. Molina Vázquez, I. Somoza Argibay, M. García González, M. García Palacios, A. Lema Carril, M. Gómez Tella-do, T. Dargallo Carbonell, E. Pais Piñeiro, J. Ríos Tallón, D. Vela Nieto. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil Teresa Herrera. A Coruña.*

Objetivo: El pseudotumor inflamatorio es el tumor benigno pulmonar más frecuente en la infancia. Y si bien es benigno, su comportamiento local puede ser agresivo

Material y métodos: Presentamos dos casos clínicos.

Resultados: El primero se trata de un varón de nueve años, trasladado al Servicio de Urgencias de nuestro centro intubado y en shock hipovolémico, por un sangrado masivo vía oral. Como antecedente personal refería la familia asma ocasional leve con tratamiento a demanda. Con una Rx tórax previa sin alteraciones. El paciente fallece en la UCI pediátrica una hora más tarde por un shock hipovolémico pese a maniobras de RCP avanzada. La autopsia revela un pseudotumor inflamatorio de gran tamaño que invade el hilio pulmonar derecho. El segundo caso clínico se refiere a una niña de doce años, diagnosticada un año antes de neumonía redonda en lóbulo inferior derecho (LID), que precisó de ingreso hospitalario para tratamiento antibiótico debido a mala evolución. Seguida en consultas externas de neumología se observa una permanencia de una condensación nodular en el LID, debido a eso se realiza un TC

torácico donde se observa una masa con atenuación de tejidos de 4,2 x 4,2 cm en LID, que presenta múltiples calcificaciones de aspecto irregular, probable hamartoma pulmonar. La paciente es intervenida, realizándose una resección en cuña del LID, mediante toracotomía, con un diagnóstico anatomopatológico de pseudotumor inflamatorio pulmonar.

Conclusiones: El tratamiento del pseudotumor inflamatorio es quirúrgico. Un retraso en su diagnóstico y tratamiento puede tener consecuencias fatales, debido a su agresividad local.

Forma de presentación: Poster.

- **Hernia de Amyand infantil presentándose como escroto agudo.** A.L. Armas Alvarez, P. Taboada Santomil, J.M. Pradillos Serna, E. Estévez Martínez, R. Méndez Gallart, P. Rodríguez Barca, A. Bautista Casanovas, R. Varela Cives. *Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

Objetivo: Describir un caso de hernia de Amyand en un lactante con clínica de escroto agudo.

Material y métodos: Estudio Descriptivo: Presentación de caso.

Resultados: Varón de 1 mes, con cuadro de llanto, 2 vómitos y aumento de volumen escrotal derecho de 24 horas de evolución. Exploración física destacó hemiescroto derecho edematoso, indurado e hiperémico. Palpación abdominal e inguinal normal. Hemograma 25950 leucocitos y 72% neutrófilos. Radiografía abdominal descartó obstrucción y gas inguinoescrotal. Ecografía doppler: testículo derecho con ecogenicidad y flujo aumentados e hidrocele multitabicado. Fue hospitalizado con sospecha diagnóstica de orquiepididimitis. El edema escrotal incrementó y la ecografía doppler control a las 8 horas, mostró testículo derecho aumentado de volumen, hidrocele septado e imagen tubular de 0,5 cm. de diámetro, con flujo en porción superior de escroto que se continúa hacia el canal inguinal. La exploración quirúrgica inguinal evidenció cordón espermático edematoso, proceso peritoneovaginal permeable conteniendo apéndice flemonoso extendido hasta hemiescroto derecho y exudado purulento escrotal. Se realizó apendicectomía y herniotomía concomitantes. La evolución postoperatoria fue favorable.

Conclusiones: La hernia de Amyand en la infancia es extremadamente infrecuente. Puede imitar clínicamente un escroto agudo, hernia encarcerada, hidrocele del cordón y linfadenitis inguinal. La sospecha clínica es fundamental. La ecografía y TAC abdominal pueden orientar el diagnóstico preoperatorio. La apendicectomía y herniotomía concomitantes constituyen el tratamiento.

Forma de presentación: Poster.

- **Síndrome compartimental neonatal (SCN).** C.A. De La Torre, M. Miguel, J.C. López-Gutiérrez, S. Barrena, C. Soto, M. Díaz, Z. Ros, J.A. Tovar. *Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Objetivo: Aunque la contractura isquémica de Volkmann es una entidad conocida en niños escolares después de traumatismos severos de la extremidad superior, su aparición en neonatos está menos documentada, pasando con frecuencia desapercibida o erróneamente diagnosticada. La etiología es la compresión continua y forzada del antebrazo, bien durante el periodo expulsivo o durante maniobras de canalización venosa periférica. El daño compresivo muscular provoca edema que reduce el flujo arterial provocando daño neurológico y necrosis musculocutánea.

Material y métodos: Presentamos dos pacientes que desarrollaron isquemia severa y necrosis musculocutánea en antebrazo y mano durante el periodo neonatal, sin haber sufrido acceso vascular ni daño arterial aparente. Describimos cinco grados de afectación, desde pequeñas ampollas dorsales hasta necrosis completa del miembro. El tratamiento consiste en desbridamiento y fasciotomías inmediatas con apertura de túnel carpiano y liberación de los grupos neurovasculares radial y cubital, así como del nervio mediano. En neonatos con lesión irreversible, la revascularización es inefectiva y el tratamiento va dirigido a recuperar grupos musculares dañados mediante transferencia de músculo gracilis.

Resultados: El primer paciente fue rápidamente diagnosticado y el tratamiento quirúrgico permitió la recuperación funcional completa. En el segundo el retraso diagnóstico hizo inútiles las medidas terapéuticas resultando una pérdida funcional completa de la mano.

Conclusiones: El SCN debe diferenciarse de la aplasia cutis, epidermolisis bullosa, isquemia postpunción arterial, extravasación de goteo e isquemia en cardiopatas con hipoperfusión distal. Queremos llamar la atención sobre esta entidad para que evitando el retraso diagnóstico y del tratamiento se eviten secuelas irreversibles.

Forma de presentación: Poster.

- **Exostosis óseas en la edad pediátrica. ¿El osteocondroma costal aislado es una entidad rara?** L.F. Avila-Ramírez, J.L. Alonso-Calderón, J.C. López-Gutiérrez. *Hospital Quirón, Madrid.*

Objetivo: Compartir nuestra experiencia en el manejo clínico y quirúrgico del osteocondroma costal aislado en la edad pediátrica.

Material y métodos: Niño de 5 años de edad que presenta tumoración en 5º arco costal del hemitórax derecho de aproximadamente 9 meses de evolución de crecimiento progresivo. No refiere dolor ni molestias para su vida diaria, excepto con el roce directo. No existen antecedentes familiares de osteocondromatosis. Realizamos radiografía simple y tomografía computarizada (TC) de tórax en las que se sospecha el diagnóstico de osteocondroma. Se extirpa mediante toracotomía antero-lateral derecha junto con la porción de costilla correspondiente, reconstruyendo la pleura y colocando malla protésica en lecho costal. Posteriormente se obtuvo la confirmación anatomopatológica del diagnóstico.

Resultados: No existieron complicaciones durante la cirugía y el postoperatorio, retirándose el drenaje pleural sin incidencias. El niño presentó una evolución favorable, realizando vida normal en el momento actual. Se han realizado controles clínico-radiológicos seriados sin ningún hallazgo patológico.

Conclusiones: Las neoplasias de la pared torácica representan ocasionalmente un problema tanto en su diagnóstico como en su tratamiento. De entre todos los tumores óseos intrínsecos, las neoplasias primarias de la parrilla costal representan un 5-10%, siendo la localización costal más frecuente que la del esternón. El osteocondroma afecta principalmente a adultos jóvenes (2ª década de la vida), son 1,5 veces más frecuentes en el sexo masculino. El hemotórax, neumotórax y las fracturas han sido reportadas como sus complicaciones más frecuentes.

Forma de presentación: Poster.

- **Fístula de seno piriforme. Cauterización endoscópica como tratamiento definitivo.** C. Grande, J. Margarit, J. Maiz, X. Lao, J.R. Torino, J. Echevarría, P. Glasmeyer. *Hospital Universitari Mútua de Terrassa.*

Objetivo: 1) Presentar un caso de fístula de seno piriforme diagnosticado y tratado en nuestro centro. 2) Revisar la forma de presentación y la embriología de la patología. 3) Puesta al día del tratamiento.

Material y métodos: Se presenta el caso de un niño de 4 años y 10 meses que consultó en Urgencias por cuadro de tumoración cervical anterior con signos inflamatorios y fiebre de 48 horas de evolución. Había presentado cuadro similar un mes antes, resuelto espontáneamente. La ecografía mostró marcada afectación de las partes blandas del cuello entre el lóbulo tiroidal izquierdo y el esternocleidomastoideo. Se instauró tratamiento antibiótico endovenoso, y a las 48 horas drenó espontáneamente. Tres meses más tarde reconsultó por el mismo cuadro. Se orientó el cuadro como fístula de seno piriforme y se realizó laringoscopia que lo confirmó.

Resultados: Se valoraron las posibilidades terapéuticas y se decidió realizar tratamiento endoscópico. Se practicó laringoscopia, se localizó el orificio a nivel del seno piriforme, por el que se introdujo un catéter metálico y se electrocoaguló hasta comprobar que los bordes del orificio se vuelven blanquinosos. A los 10 meses del tratamiento el paciente permanece asintomático.

Conclusiones: La fístulas de seno piriforme deben tenerse presentes en el diagnóstico diferencial de pacientes que presentan infecciones látero-cervicales recurrentes, masas cervicales o tiroiditis supurativa. El diagnóstico se realiza mediante visualización directa del orificio a nivel del seno piriforme. La cauterización endoscópica del orificio a nivel del seno se podría plantear como tratamiento de elección, reservando la exéresis completa del trayecto para las posibles recidivas.

Forma de presentación: Poster.

- **La ecografía y el modelo asistencial localizado ¿modifican conducta y resultado en el tratamiento de la apendicitis aguda?** V. Roldán Cano*, M.A. Partida Solano*, J. Cervera Corvacho*, F. Vega Burgos**, L. Alonso Jiménez**. *Servicios de *Pediatria y **Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

Objetivo: revisar la incidencia de apendicitis en nuestro medio, síntomas que alertaron sobre el diagnóstico, validez de los exámenes complementarios, y modelo de atención localizado, comparandolo con resultados estándar del modelo de presencia

Material y métodos: revisión de historias clínicas (HC) de los pacientes intervenidos con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda, en un hospital de referencia para cirugía pediátrica con modelo de atención localizada y otro presencia

Resultados: se analizaron 135 HC, 65% varones, edad media 8,5 años (2-13); 2 pacientes (1,8%) < 3 años. Síntomas predominantes: dolor abdominal 96% (67% en FID y 29% difuso) Se realizó ecografía en 134 pacientes: 98,5% con signos de apendicitis siendo criterio principal de indicación quirúrgica (23% con plastrón o signos de peritonitis), 17% apendicolito. El tiempo medio transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta su atención en urgencias fue de 32,6 horas, y desde la sospecha diagnóstica hasta la intervención quirúrgica fue < 12 h (40%), 12-24 h (42%), 24-48 h (15%) y > de 48 h (3%). La radiografía de abdomen, patológicas en 7 pacientes. Hallazgos operatorios: 132 apendicitis flemosa, peritonitis en 24 y apéndice normal en 3. En el 4% no existió una concordancia entre los hallazgos ecográficos y los operatorios.

Conclusiones: Alta sensibilidad de la ecografía como método diagnóstico, fue criterio principal de indicación en modelo de atención localizada, se cuestiona más en el modelo de presencia sin que hubiera un cambio de resultado significativo. El desarrollo tecnológico de los ecógrafos están reduciendo la variabilidad de error de este estudio.

Forma de presentación: Poster.

- **Anemia aguda por linfangioma quístico abdominal.** F. Villalón Ferrero, M. Suñol Amilibia, J. Jiménez Retana, J. Garay Manrique, I. Eizaguirre Sexmilo, M. Barriola Etxeberria. *Hospital Donostia.*

Objetivo: Los linfangiomas abdominales (de mesenterio o epiplon) son una entidad poco común. La teoría más aceptada es la proliferación benigna de linfáticos ectópicos (sin comunicación con el resto del sistema linfático). La clínica más frecuente es de suboclusión intestinal por compresión extrínseca. El sangrado de estos quistes es excepcional (de ahí el interés de nuestro caso). El diagnóstico diferencial debe realizarse fundamentalmente con quistes de duplicación entérica. La exéresis completa normalmente es sencilla, salvo si hay compromiso vascular que obligue a reseccionar parte de intestino. El pro-

nóstico es bueno, por tratarse de una tumoración benigna, y la tasa de recurrencias es muy baja.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 15 meses sin antecedentes de interés, con masa abdominal y anemia severa.

Resultados: El niño presentaba clínica insidiosa de un mes de evolución de dolor abdominal difuso, vómitos, rechazo del alimento y los días previos palidez cutánea. A la exploración la palidez era manifiesta (con Hb de 5 g/dl), con distensión abdominal y sensación de masa a la palpación, El TAC reveló una gran masa abdominal (de 12x8x16 cm) de contenido líquido, con linfangioma como primera posibilidad diagnóstica. Durante la intervención se encontró una tumoración de gran volumen, con contenido hemático en su interior. Dependía del epiplon mayor y se resecó sin incidencias. El postoperatorio fue favorable, dándose de alta al tercer día. La Anatomía Patológica informó la pieza como linfangioma quístico.

Conclusiones: El interés de nuestro caso se basa en la anemia que produjo el linfangioma abdominal.

Forma de presentación: Poster.

- **Resección laparoscópica de feocromocitoma mayor de 6 cm en paciente pediátrico afecto de neurofibromatosis tipo I.** R. Carrasco, B. García-Núñez, M. Vancells, J.M. Ribó. *Servicio de Cirugía Pediátrica, Agrupación Sanitaria, Hospital Sant Joan de Déu/Hospital Clínic, Universidad de Barcelona.*

Objetivo: El feocromocitoma es un tumor secretor poco frecuente, que se asocia con la neurofibromatosis (NF) hasta en un 10% de los casos. En pacientes pediátricos el 40% de los casos presentan una base hereditaria. Los síntomas están relacionados con el exceso de catecolaminas circulantes y se puede dar hipertensión arterial hasta en un 95% de los casos. La cirugía consigue la curación en el 90% de los casos.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 9 años de edad afectada de NF tipo I que ingresó por presentar cefalea, sudoración e hipertensión grave, de 10 días de evolución. También se asociaron posteriormente focalidad neurológica (paresia del VII par craneal y parestesias miembro inferior izquierdo). El valor de catecolaminas en sangre y orina fue sugestivo de feocromocitoma, realizándose entonces una resonancia magnética nuclear, que mostró una masa suprarrenal derecha con componente necrótico-quístico de más de 6 cm.

Resultados: Tras recibir tratamiento con alfa y betabloqueantes y antagonistas del calcio durante 7 días, fue intervenida quirúrgicamente, practicándose exéresis completa laparoscópica de la masa, sin incidencias.

Conclusiones: El feocromocitoma es un tumor poco frecuente en la edad pediátrica, que se puede asociar con la neurofibromatosis. El tratamiento es quirúrgico. La literatura recomienda que si el tamaño es menor de 5 cm, la laparoscopia es la técnica de elección. Nosotros promovemos que, en casos

seleccionados, y con minuciosidad, se puede también realizar la exéresis total de masas de mayor tamaño por vía laparoscópica, sin incidencias.

Forma de presentación: Poster.

- **Incidentaloma adrenal neonatal: ¿manejo expectante o quirúrgico?** A.L. Armas Alvarez, P. Taboada Santomil, J. Pradillos Serna, C. Aliste Santos, E. Estévez Martínez, R. Méndez Gallart, P. Rodríguez Barca, A. Bautista Casanovas, R. Varela Cives. *Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

Objetivo: Presentar un caso de masa adrenal detectada incidentalmente en etapa neonatal, tratado con adrenalectomía y cuyo resultado anatomopatológico fue neuroblastoma.

Material y métodos: Estudio Descriptivo: Presentación de Caso Clínico.

Resultados: Neonato nacido a término, parto eutócico y con ecografías antenatales sin hallazgos patológicos. Examen físico normal. En ecografía abdominal rutinaria a los 3 días de vida, se detectó masa adrenal izquierda. Hemograma: normal. Ferritina: normal (170 ng/ml), enolasa neuronal específica: normal (0,8 ng/ml), lactato deshidrogenasa: elevada (671 UI/L), ácido homovanílico y vanililmandélico: normales (25 µg/mg creatinina y 7 µg/mg creatinina respectivamente). Radiografía abdominal: normal, ecografía: engrosamiento nodular hiperecogénico suprarrenal izquierdo con pequeña zona quística. Se descartó hemorragia suprarrenal por ausencia de cambios ecogénicos en el seguimiento. Resonancia magnética: tumoración suprarrenal izquierda de 15 mm, de probable origen neural. Rastreo gammagráfico con metayodobencilguanidina: no concluyente. Ante la falta de exactitud diagnóstica se realizó adrenalectomía izquierda al mes de vida. El diagnóstico anatomopatológico fue neuroblastoma de 1,3 centímetros, bien diferenciado, con márgenes libres de neoplasia. Estudio posterior de médula ósea: libre de infiltración neoplásica. Control clínico, analítico y ecográfico a los 3 meses: normal.

Conclusiones: El diagnóstico de una masa suprarrenal incidental en período perinatal requiere estudio analítico y de imágenes. El neuroblastoma constituye el tumor más frecuente de las masas adrenales perinatales. Su tratamiento es quirúrgico aunque el manejo expectante es una opción, dado su potencial regresión espontánea en este grupo etéreo.

Forma de presentación: Poster.

- **El signo de la palomita de maíz, ¿es patognomónico de harmartoma?** J. Gómez Veiras, I. Somoza Argibay, M. García González, M. García Palacios, M.E. Molina Vázquez, A. Lema Carril, M. Gómez Tellado, T. Dargallo Carbonell, E. Pais Piñeiro, J. Ríos Tallón, D. Vela Nieto. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil Teresa Herrera. A Coruña.*

Objetivo: El hamartoma es la segunda neoplasia benigna más frecuente en la infancia. Está compuesta por una mezcla de elementos de tejidos normales o una proporción anormal de un elemento simple presente en un órgano. Un 25% se encuentran calcificadas, lo que radiológicamente se traduce en el signo de la palomita de maíz, considerado patognomónico.

Material y métodos: Se trata de un caso clínico

Resultados: niña de 12 años de edad con el antecedente de una neumonía, localizada en el Lóbulo Inferior Derecho (LID) y que precisó de ingreso hospitalario para tratamiento antibiótico. En la radiografía de tórax al ingreso se observaba una imagen nodular en el LID. En el seguimiento en consultas se solicitó un TC de tórax ante la permanencia de la imagen radiológica en la radiografía de control, que se informó como una masa con atenuación de tejidos de 4,2 x 4,2 cm en LID, que presenta múltiples calcificaciones de aspecto irregular, probablemente en relación con hamartoma pulmonar. La paciente se interviene en Enero de 2009, realizándose mediante toracotomía, resección en cuña en el LID de 5 x 6 cm, con hallazgos compatibles con hamartoma. La anatomía patológica es informada como pseudotumor inflamatorio de pulmón.

Conclusiones: Aunque el hallazgo radiológico del signo de la palomita de maíz sea considerado clásicamente como patognomónico del hamartoma pulmonar, la realidad nos dice que el tumor benigno más frecuente en la infancia es el pseudotumor inflamatorio, que además en un 30% de los casos cuenta con un antecedente de infección pulmonar

Forma de presentación: Poster.

- **Necrolisis epidérmica tóxica en un paciente pediátrico.** F.M. Trigo, P. Martínez, R. Demski, C. Vera. *Unidad de Grandes Quemados. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: La necrólisis epidérmica tóxica (NET) es una rara pero peligrosa enfermedad autoinmune mucosistémica, que afecta a la unión de la dermis-epidermis. La incidencia de esta enfermedad se estima entre 1,2 y 6/1.000.000. Se diferencia del Síndrome de Stevens-Johnson por el% de afectación, siendo NET por encima del 30%. La mortalidad está estimada en un 35% de los casos. Las principales causas de mortalidad son las sepsis e hipovolemia. Las causas que la provocan suelen estar relacionadas con la toma de medicación (entre un 77-94% de los casos). Los fármacos causantes de esta enfermedad son, en orden de importancia: las sulfamidas, anticonvulsivos, AINES, alopurinol, antibióticos beta-lactámicos... Presentamos la importancia del manejo temprano y conservador de la NET en el paciente pediátrico.

Material y métodos: Niña de 2 años que tras la toma de ibuprofeno comienza con letargia y fiebre; a continuación aparecieron exantemas generalizados, vesículas y ampollas, con afectación de mucosas buco-faríngea, conjuntival, genito-urinary y respiratoria. Ante la sospecha de NET se procede a realizar el signo de Nikolsky y toma de biopsia confirmando el

diagnóstico. Se instauró tratamiento con solución de nitrato de plata al 0,5%.

Resultados: La evolución ha sido favorable tras 30 días de estancia en UCI. Como principales complicaciones precoces han destacado un importante distress respiratorio que precisó intubación, úlceras por decúbito por la profundidad de las lesiones.

Conclusiones: Enfermedad con alta mortalidad e importantes secuelas estéticas y psicológicas. El tratamiento conservador reduce la morbi-mortalidad comparado con el quirúrgico con resultados similares para ambas técnicas.

Forma de presentación: Poster.

- **Estudio retrospectivo de de la extrofia vesical. Revisión de nuestra serie.** J. Lerena, F. Torner, J. Rodo, L. Krauel, L. García Aparicio, F. Cáceres, N. Ventura, R. Huguet, J.M. Ribo. *Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona.*

Objetivo: La extrofia vesical es una rara malformación congénita de etiología desconocida, con una frecuencia variable entre 1/10.000-50.000 RN. Presentamos nuestra experiencia en el manejo de ésta patología.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, revisión de historias clínicas de pacientes afectados de extrofia vesical, tratados en la misma institución entre los años 1964-2007. Se dividieron los pacientes en 2 grupos: a) Técnicas de derivación urinaria (1964-1980); b) técnicas actuales (Staged surgery, osteotomías pélvicas, Mitchell, etc.)

Resultados: n= 30 (19 niños, 11 niñas). Malformaciones asociadas: epispadias, criptorquidia, hernia inguinal, onfalocèle, FLP, mielomeningocele. Los pacientes con gran diastasis pélvica y rotación externa de las extremidades inferiores fueron tratados con osteotomías pélvicas para cierre del anillo peviario. Complicaciones: litiasis, RVU, ITU, hidronefrosis, dehiscencia.

Conclusiones: Nuestra experiencia avala la corrección en varios estadios quirúrgicos. Las osteotomías pélvicas asociadas al tratamiento de las malformaciones genitourinarias, favorecen la continencia de los órganos abdominales y mejora la deambulación y sedestación del paciente.

Forma de presentación: Poster.

- **Nefrectomía primaria urgente en el tumor de Wilms.** M. Curbelo, G Guillén, C Marhuenda, C Barceló, J. Lloret, V Martínez Ibáñez, S. Gallego*. *Unidad de Cirugía Oncológica. Servicio de Cirugía Pediátrica. *Unidad de Oncología Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivo: Según el protocolo SIOP-01, el tratamiento de elección en el nefroblastoma unilateral no metastásico es la quimioterapia previa a la cirugía. Sin embargo, existen casos en los que está indicada la nefrectomía urgente sin tratamien-

to citotóxico previo (3% según estudio SIOP-9). Presentamos un caso clínico y la revisión de la literatura al respecto.

Material y métodos: Paciente de 15 meses de edad con dolor abdominal de inicio brusco, palidez y afectación del estado general sin traumatismo previo. En la exploración física destaca dolor en hemiabdomen izquierdo y una masa en flanco izquierdo. La ecografía evidencia una masa renal hiperecogénica en riñón izquierdo con áreas de necrosis y hemorragia. Bajo la sospecha de tumor de Wilms con sangrado intratumoral, ingresa en observación. La hemoglobina inicial descendió a 7,3 g/dl a las 12 horas, por lo que se transfunden concentrados de hematíes y se realiza un TAC abdominal que confirma la presencia de sangrado y hemoperitoneo masivo. Se interviene de forma urgente vía laparotomía transversa, hallándose un hematoma retroperitoneal de grandes dimensiones y practicándose una nefrectomía izquierda, previo control abdominal de los grandes vasos.

Resultados: El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico (tumor de Wilms estadio III). La evolución postquirúrgica del paciente es satisfactoria, sin morbilidad atribuible al carácter urgente de la intervención. Actualmente continúa en tratamiento quimioterápico.

Conclusiones: La rotura pre-quimioterapia en el tumor de Wilms es muy infrecuente y la necesidad de cirugía urgente aún menor (1,8%). La nefrectomía es factible, en manos de cirujanos expertos. El control inicial de los grandes vasos es fundamental.

Forma de presentación: Poster.

- **Gonadoblastoma con disgerminoma en síndrome de Turner.** D.A. Aspiazu, R. Cabello, M. Biscuola, M.C. García-Vallés, V. Jiménez, J.C. De Agustín. *Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: Describir la clínica y tratamiento quirúrgico en un caso de Gonadoblastoma con Disgerminoma en una paciente con Síndrome de Turner. Plantear la relación entre esta patología y el Síndrome de Turner con mosaicismos de cromosoma Y.

Material y métodos: Presentamos una paciente de 11 años con cariotipo 45X0 (síndrome de Turner) en tratamiento con GH que presenta aumento de volumen mamario y sangrado vaginal.

Resultados: Se encuentra en ecografía abdómino-perineal tumoración pélvica. En resonancia magnética se observa en pelvis masa sólida, redondeada y bien delimitada, con captación heterogénea del contraste, situada entre útero y recto, posiblemente de origen ovárico. Se realiza la salpingooforectomía bilateral. El resultado de la anatomía patológica fue Disgerminoma sobre gonadoblastoma en ovario izquierdo. Se envía tumoración para cariotipo.

Conclusiones: Existe una fuerte asociación entre el Síndrome de Turner con el desarrollo de gonadoblastoma en especial ante la presencia de mosaicismos del cromosoma Y. El tra-

tamiento quirúrgico conlleva a la extirpación de ambas gónadas, planteándose la posibilidad de realizar gonadectomía profiláctica en los pacientes con estas características genéticas.

Forma de presentación: Poster.

- **Adenoma papilar pulmonar asociado a acropaquias.** J.M. Gutiérrez, C. Echevarría, G. Lorenzo, I. Martínez, J. Gómez. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Burgos.*

Objetivo: Presentamos un paciente de 13 años estudiado por acropaquias con una tumoración pulmonar hipercaptante que en el estudio anatomopatológico fue diagnosticado de Adenoma Papilar.

Material y métodos: Varón de 13 años con acropaquias en dedos de manos y pies de 2 años de evolución, prurito en dedos de manos, disminución de la destreza y artralgias en rodillas. Mediante la realización de estudio analítico (marcadores tumorales), radiografía de tórax, ecocardiografía, exploración funcional respiratoria y TAC se apuntaron las siguientes posibilidades diagnósticas: pseudotumor inflamatorio, tumor carcinóide, malformación vascular.

Resultados: Se realizó lobectomía inferior derecha con extirpación total de la tumoración y biopsia de adenopatías del hilio. El diagnóstico anatomopatológico fue de adenoma papilar por su positividad a TTF1 (factor de transcripción tiroidea 1), no observándose características morfológicas de tumor mucoepidermoide de bajo grado.

Conclusiones: El adenoma papilar del pulmón es un tumor benigno, solitario, periférico, circunscrito, pequeño formado por neumocitos tipo II. En la clasificación de tumores pulmonares benignos de la Organización Mundial de la Salud (2004) se encuadra dentro de los tumores epiteliales. Suele diagnosticarse de forma incidental en pacientes asintomáticos y tiene buen pronóstico. Las acropaquias sin disnea se pueden presentar con todo tipo de tumores pulmonares, benignos o malignos, en niños se han descrito asociadas a pseudotumor inflamatorio. El adenoma papilar pulmonar es extraordinariamente raro, en la revisión bibliográfica realizada desde 1982 solo hemos podido recoger 15 casos, de ellos 4 en niños de 2 meses, 7, 13 y 15 años. Ninguno presentaba acropaquias asociadas.

Forma de presentación: Poster.

- **Apendicitis neonatal.** E. Valdes, A. Marco, V. Marijuan, M. Couselo, L. Mangas, J. Gómez-Chacón, C. Gutiérrez, C. G³ Sala. *Hospital Infantil La Fe. Valencia.*

Objetivo: La apendicitis neonatal es un hallazgo extremadamente raro con una tasa muy alta de morbimortalidad. Clásicamente se han descrito casos asociados a enfermedad de Hirschsprung y fibrosis quística. En caso de no encontrarse enfermedad subyacente, se considera que se trata de una forma de enterocolitis necrotizante limitada al apéndice.

Material y métodos: Caso clínico

Resultados: Varón, prematuro extremo de 24 semanas de edad gestacional. Exploración física sin hallazgos patológicos. El 6º día de vida inicia cuadro de sepsis que se resolvió con pauta antibiótica. Al mes y 12 días de vida se aprecia un aumento de PCR a 82 mg/L con anemia y plaquetopenia que precisó transfusión, así como abdomen distendido, ausencia de ruidos intestinales y restos biliosos por sonda nasogástrica. Los hallazgos radiológicos son inespecíficos: discreta alteración en el luminograma intestinal. Se decide intervención quirúrgica urgente ante el estado crítico del paciente, practicando laparotomía exploradora y encontrando apéndice perforado y gangrenoso, con varias asas de íleon distal anexionadas entre sí con abundante fibrina. El paciente fallece a las 48 horas debido a un fallo renal que ocasionó hiperpotasemia que no se normalizó pese a tratamiento.

Conclusiones: La apendicitis en neonatos es extremadamente rara. Revisando la literatura hemos encontrado un total de 142 casos. La incidencia se estima entre 0,1% y 0,04%. Los signos y síntomas más frecuentes son distensión abdominal (64%) y vómitos biliosos (47%). Habitualmente no se considera esta patología en el diagnóstico diferencial, lo cual incrementa las posibilidades de perforación apendicular y con ello la morbilidad y mortalidad asociadas en estos pacientes.

Forma de presentación: Poster.

- **Cobertura de defectos de sustancia graves con matriz de colágeno bovino (Integra®).** E. Solorzano Rodríguez, M.L. Martínez del Castillo, N. García Soldevila, J. Aguilera Neuenschwander. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Sección Cirugía Plástica. Hospital Materno Infantil. Málaga.*

Objetivo: El aumento de la incidencia de traumatismos graves en el paciente pediátrico en los últimos años, sobre todo debido a accidentes de tráfico, ha llevado a la aparición lesiones con importante pérdida de sustancia. En muchos de estos casos no se hace posible la cobertura con las técnicas que venían siendo habituales (injertos libres de piel o colgajos), habiéndose planteado como opción, la utilización de matriz de colágeno bovino. Nuestro objetivo es dar a conocer nuestra experiencia en la utilización de estas nuevas formas de tratamiento en casos especialmente dramáticos.

Material y métodos: Se seleccionaron varios casos de pacientes que habían sufrido politraumatismo severo, la mayoría en miembros inferiores, resultando pérdida de sustancia extensa y/o profunda, con exposición de músculo, hueso y/o tendones, en los que se decidió la aplicación de matriz de colágeno bovino para relleno y cobertura de los defectos, para posteriormente realizar injerto libre de piel.

Resultados: En todos los casos se consiguió una excelente calidad del tejido dérmico neoformado, con cobertura de los tejidos expuestos, y buen resultado tanto estético como funcional, evitando en varios de ellos amputaciones, y con mínima incidencia de complicaciones.

Conclusiones: La matriz de colágeno Integra® se ha planteado como una excelente opción terapéutica para cobertura de grandes defectos de sustancia en la edad pediátrica, consiguiendo una mejor tolerancia de las curas, disminución de las secuelas retráctiles, mejoría de la calidad de vida, siendo su principal ventaja la inmediatez de su disponibilidad a la hora de su aplicación, y la relativa facilidad de la técnica quirúrgica.

Forma de presentación: Poster.

- **Membrana duodenal congénita: presentación de dos casos en una familia.** C. Ruiz Hierro, V. Vargas Cruz, F. Vázquez Rueda, J.I. Garrido Pérez, C.E. Lasso Betancor. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivo: Introducción: La incidencia de atresia duodenal es de 1/6000-10000 RN vivos y la recurrencia empírica es menor del 5%. Aunque no se ha descrito una alteración genética específica, la aparición en gemelos, casos familiares, consanguinidad y la asociación al síndrome de Down sugieren la existencia de una predisposición hereditaria de tipo autosómico recesivo.

Material y métodos: Caso clínico: Recién nacido pretérmino varón de 34 semanas y peso adecuado para la edad gestacional con diagnóstico prenatal de atresia duodenal en el tercer trimestre de gestación. Antecedentes familiares: padre intervenido a los 8 años de membrana duodenal parcial detectada tras estudio baritado gastrointestinal por cuadro de dispepsia y halitosis. Exploración física: buen estado general, abdomen blando depresible no distendido, sin masas ni organomegalias. Ano permeable. Radiografía simple de abdomen: imagen de doble burbuja sin gas distal.

Resultados: Ante la sospecha de obstrucción duodenal se practica laparotomía observando dilatación de la primera y segunda porción duodenal sin solución de continuidad. Se realiza duodenotomía hallando membrana duodenal completa, por lo que se practica resección parcial y duodenoplastia. No otras atresias intestinales ni malrotación acompañantes. Evolución favorable, iniciando nutrición enteral al 7º día y tolerancia oral a las dos semanas.

Conclusiones: La presencia de atresia duodenal familiar, como en nuestro caso, apoya la hipótesis de su origen genético por lo que se recomienda diagnóstico prenatal y consejo genético familiar.

Forma de presentación: Poster.

- **Reparación de onfalocele gigante en paciente de 5 años.** C. Cebrián Muñíos, J.A. Álvarez Zapico, A. Gómez Farpón, C. Granell Suárez, N. Vega Mata, J.M. García Crespo. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivo: El onfalocele gigante es una anomalía congénita de la pared abdominal que precisa corrección quirúrgica en

el período neonatal. Por ello, la experiencia en reparación de esta anomalía en pacientes escolares es limitada. Presentamos el caso de una paciente de 5 años de edad oriunda de Rumanía que presentaba un onfalocele gigante tratado conservadoramente en período neonatal en su país de origen mediante la aplicación tópica de Betadine y Mercurocromo al 2% hasta lograr epitelización completa

Material y métodos: A la exploración, la paciente presenta un gran defecto de fascia localizado en el centro del la pared abdominal anterior, que origina una enorme hernia cubierta de piel cicatricial. Mediante TC abdominal, se objetiva la hernia contiene la práctica totalidad el hígado, cuerpo y antro gástricos, bulbo duodenal, asas de intestino delgado y parte de colon.

Resultados: Se interviene para reducción de vísceras a cavidad abdominal con monitorización de presión intraabdominal, empleando para el cierre de fascia una malla protésica. El postoperatorio transcurre sin incidencias, salvo la aparición de una hernia inguinal derecha no complicada. Dos años tras la cirugía la paciente se encuentra asintomática, con desarrollo ponderal adecuado y resultado estético satisfactorio

Conclusiones: La monitorización de la presión intraabdominal en este tipo de cirugía correctiva es de gran ayuda. En nuestro caso fue posible la completa reposición de las vísceras y cierre con malla.

Forma de presentación: Poster.

- **Dermatofibrosarcoma protuberans de localización comprometida: cirugía conservadora, seguimiento exhaustivo.** B. García-Núñez, R. Carrasco, M. Vancells, A. Albert, J.M. Ribó. *Servicio de Cirugía Pediátrica, Agrupació Sanitaria, Hospital Sant Joan de Déu/Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.*

Objetivo: El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es una neoplasia rara, típica de la edad adulta (20-50 años) que afecta a dermis y tejido subcutáneo, de alta malignidad local, de difícil diagnóstico clínico, de localización típica en tronco y extremidades proximales, de tratamiento quirúrgico, recurrente en un alto porcentaje de los casos después de su exéresis, y que rara vez da metástasis.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 4 años de edad con DFSP de localización atípica y comprometida (dorso del pie izquierdo, muy cercano a la base de los dedos) de 1,8 cm de diámetro, que se reseccó, y en la que, posteriormente al año, se biopsió una nueva lesión que creció en uno de los márgenes de resección y que se confirmó tumoral.

Resultados: Se reseccó la recidiva cubriendo el defecto dérmico con injerto libre, con márgenes de seguridad de sólo 1 cm, con el fin de no afectar quirúrgicamente al tercer y cuarto dedo del pie izquierdo. Posteriormente cada 6 meses (en 2 ocasiones hasta ahora), se han biopsiado los márgenes de resección-injerto, sin hallazgos tumorales. Actualmente, la paciente se encuentra libre de enfermedad.

Conclusiones: EL DFSP tiene una alta malignidad local, con gran capacidad de recidiva. La escasa literatura existente aboga por un tratamiento quirúrgico y agresivo, con amplios márgenes de seguridad (de 2 a 4 cm), siempre que la localización lo permita. Recomendamos un seguimiento exhaustivo de los márgenes de resección mediante biopsias cutáneas, sobretudo en los casos de localización comprometida y resección limitada.

Forma de presentación: Poster.

- **Resultados de un protocolo de manejo laparoscópico del testículo no palpable.** J.I. Garrido Pérez, F. Vázquez Rueda, C. Ruiz Hierro, V. Vargas Cruz, A. García Ceballos, A. Escassi Gil, J. Ayala Montoro, R. Castillo Bernabeu, R. Paredes Esteban. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivo: Evaluar los resultados de un protocolo de actuación en el testículo no palpable.

Material y métodos: Entre enero de 2006 y diciembre de 2008 un total de 37 pacientes fueron incluidos en el protocolo tras comprobar la ausencia de estructuras testiculares inguinoescrotales mediante palpación y ecografía, planteando cirugía laparoscópica. Se analizan los hallazgos laparoscópicos y las técnicas utilizadas.

Resultados: Mayoritariamente la edad de intervención fue los 2 años y el lado predominante el izquierdo. En 17 casos (45%) el testículo estaba ausente o se trataba de restos extirpables. En los otros 20 pacientes (55%), el testículo era viable y fue descendido por diferentes técnicas (convencional o laparoscópica). En 8 testículos abdominales se realizó orquidopexia laparoscópica en 1 solo tiempo y en 4 un Fowler-Stephens en 2 tiempos. Tuvimos la pérdida de uno de estos testículos. Los demás, tras un seguimiento de 6 meses a 3 años se encuentran en la bolsa escrotal. No hubo complicaciones intraoperatorias.

Conclusiones: La cirugía laparoscópica nos ha dado seguridad en el manejo del testículo no palpable a la hora de establecer la presencia o ausencia de restos extirpables, evitar exploraciones inguinales innecesarias y sobre todo descender testículos intrabdominales.

Forma de presentación: Poster.

- **Cistoadenoma seroso gigante de ovario.** C. Ruiz Hierro, F. Vázquez Rueda, V. Vargas Cruz, J.I. Garrido Pérez, C.E. Lasso Betancor, M.E. Mateos González*, M.J. Peña Rosa*. *Servicio de Cirugía Pediátrica. *Unidad de Oncología Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivo: Introducción: Los tumores ováricos son poco frecuentes en la infancia y en su mayoría son benignos. Los derivados de células germinales representan el 60% de los casos

mientras que los epiteliales suponen menos del 15%, siendo raro el subtipo seroso.

Material y métodos: Caso clínico: Niña de 13 años que consulta por aumento del perímetro abdominal de 2 meses de evolución sin otra sintomatología. Menarquia a los 11 años. Exploración física: abdomen globuloso, en hemiabdomen inferior masa palpable de consistencia dura, móvil y no dolorosa. Ecografía abdominopélvica: imagen de 20 cm de probable origen anexial derecho, quística con polos sólidos y vascularizados al Doppler. RNM: tumoración de 20 cm, desde región subhepática hasta mesogastrio, quística con polos sólidos que depende de ovario derecho. Formación quística de 3 cm en ovario izquierdo. Marcadores tumorales: Ca 19,9 y Ca 125 elevados, alfafetoproteína y HCG normales.

Resultados: Ante la sospecha de teratoma ovárico se realiza laparotomía hallando masa de 20x15 cm en ovario derecho y ovario izquierdo normal; practicamos salpingooforectomía derecha, apendicectomía y toma de líquido ascítico. Estudio histológico: ovario englobado por formación quística de 19 cm conteniendo en su interior teratoma quístico de 6 cm con pelos, hueso, dientes y tejido adiposo siendo el diagnóstico de cistoadenoma seroso benigno asociado a teratoma quístico. Citología de líquido ascítico negativa. Evolución favorable.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de elección en tumores pequeños o de aspecto benigno es resección por laparoscopia, reservando la laparotomía para lesiones de gran tamaño o sospechosas de malignidad. Se debe practicar una cirugía lo más conservadora posible para preservar la fertilidad.

Forma de presentación: Poster.

- **Tumor miofibroblástico inflamatorio como causa de invaginación intestinal.** C. Ruiz Hierro, R.M. Paredes Esteban, V. Vargas Cruz, F. Vázquez Rueda, F. Casco*, J.I. Garrido Pérez, C.E. Lasso Bentancor. *Servicio de Cirugía Pediátrica. *Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivo: Inicialmente descritos en 1937, los tumores miofibroblásticos, también conocidos como pseudotumores inflamatorios o granulomas de células plasmáticas, constituyen una entidad infrecuente. La presentación intestinal es rara y la etiología es desconocida. Son tumores benignos que solo excepcionalmente presentan comportamiento agresivo. Presentamos un caso de invaginación íleo-ileal cuya lesión subyacente resultó ser un tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI).

Material y métodos: Niña de 8 años remitida desde otro centro por sospecha de cuadro obstructivo causado por plastrón apendicular. Refieren dolor abdominal de una semana de evolución acompañado de vómitos y pérdida de peso (4 kg en las últimas semanas). Se realiza radiografía simple de abdomen donde se advierte dilatación de asas de intestino delgado con edema de pared. En la ecografía abdominal se observa en fosa iliaca derecha una imagen en diana, compatible con inva-

ginación, que presenta en el extremo distal del asa invaginante una lesión redondeada de 3,3 cm.

Resultados: Se realiza laparotomía de urgencia confirmando invaginación a nivel de íleon distal siendo la cabeza invaginante una tumoración intraluminal. Se practica resección de la zona de asiento de la lesión y anastomosis terminoterminal. Postoperatorio sin incidencias. Estudio histológico compatible con TMI por técnicas de inmunohistoquímica (vimentina, CD34, vesmina positivos y S100 negativo) con bordes de resección libres.

Conclusiones: El pronóstico del TMI es favorable en la mayoría de los casos, pero requiere seguimiento a largo plazo pues la recidiva tras resección completa es de hasta el 8%. La resección completa del tumor es imprescindible dada la posibilidad, según recientes reportajes, de malignización del tumor residual.

Forma de presentación: Poster.

- **Estenosis hipertrófica de píloro en gemelos. ¿Un hallazgo casual?** L.F. Avila-Ramírez, J.L. Encinas-Hernandez, A. López-Escobar, D. Guerra-Mendoza, I. Llana-Martín, P. Touza-Pol, M. Miralles, M. López-Santamaría. *Hospital Universitario Madrid Monte Príncipe. Hospital Madrid Torrelodones.*

Objetivo: Establecer la incidencia de estenosis hipertrófica de píloro (EHP) en la población gemelar en nuestro medio.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de los pacientes pediátricos operados de EHP en nuestro Hospital entre enero 2005 y diciembre 2008.

Resultados: Se encontró una pareja de gemelos monocoriales monoamnióticos de sexo masculino, ambos con EHP, lo que establece una incidencia de 0,05 por cada 1.000 recién nacidos vivos. El diagnóstico se realizó entre la 3ª y 4ª semana de vida, llevándose a cabo una piloromiotomía tipo Frededt-Ramstedt-Weber sin complicaciones. En la actualidad ambos niños se encuentran sanos, con buena ganancia pondero estatural, precisando uno de ellos tratamiento para el reflujo gastroesofágico.

Conclusiones: La incidencia de EHP en la población general es de 1-3/1.000 recién nacidos vivos, siendo en gemelos monocigotos entre 0,25-0,44 y en dicigotos entre 0,05-0,1 por cada 1.000 recién nacidos vivos. La incidencia es mayor en varones, existen muy escasas referencias bibliográficas respecto al sexo femenino. Se ha postulado la existencia de una interacción entre un gen principal dominante y un fondo multifactorial en la etiopatogenia de la EHP. Nuestra incidencia entre los años 2005-2008 se asemeja a la referida en la literatura no encontrando ningún dato en la historia familiar ni factor ambiental relacionado con la presencia de EHP en ambos gemelos. Sin duda, otros exámenes dirigidos a la investigación causal, especialmente en el campo de la genética, aportarían más datos de importancia a este estudio.

Forma de presentación: Poster.

- **Estudio comparativo de la incidencia de absceso de pared en pacientes intervenidos quirúrgicamente por apendicitis aguda: sutura convencional vs sutura recubierta de antiséptico.** M. Tirado Pascual, F. Ibañez Cerrato, E. Solórzano Rodríguez, M.J. Ruiz Catena, A. Unda Freire. *Hospital General Universitario Carlos Haya. Málaga.*

Objetivo: Comprobar en nuestro medio la efectividad de una sutura recubierta de antiséptico (Vicryl Plus®, Ethicon Johnson&Johnson Medical) en la reducción de la incidencia de abscesos de pared en pacientes intervenidos quirúrgicamente por apendicitis aguda.

Material y métodos: Revisamos de forma prospectiva todos los pacientes apendicectomizados en nuestro centro durante un período de 9 meses (junio 2008-febrero 2009), incluyendo técnica convencional y laparoscópica. De manera aleatoria, se emplea sutura reabsorbible convencional o sutura recubierta de antiséptico para el cierre de pared.

Resultados: Se revisa un total de 170 casos. Se recogen datos epidemiológicos, tiempo de evolución, aspecto macroscópico en la intervención, tiempo operatorio, tratamiento postoperatorio, incidencia de abscesos intraabdominales y de pared, así como otras complicaciones. Se compara fundamentalmente la incidencia de absceso de pared y la estancia media hospitalaria en ambos grupos.

Conclusiones: La sutura recubierta de antiséptico reduce de manera estadísticamente significativa la incidencia de absceso de pared en pacientes intervenidos quirúrgicamente por apendicitis aguda.

Forma de presentación: Poster.

- **Perforación duodenal por sonda de gastrostomía.** M.E. Molina Vazquez, A. Lema Carril, M. García Palacios, J. Gómez Veiras, M. Gómez Tellado, I. Somoza Arguibay, T. Dargallo Carbonell, E. Pais Piñeiro, D. Vela Nieto. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña.*

Objetivo: Hoy en día el uso de la gastrostomía facilita el soporte nutricional en pacientes con dificultad para la alimentación. La colocación endoscópica es de elección, aunque en ocasiones es necesario realizar una técnica abierta dejando una sonda tipo Foley provisional. He aquí una complicación escasamente descrita en la literatura, la migración de la sonda dentro del tubo digestivo.

Material y métodos: Presentamos un lactante de 2 meses, ingresado en nuestra unidad de neonatos por prematuridad con daño neurológico y dificultad para la deglución, por lo que se le realiza una gastrostomía. Es dado de alta portando una sonda provisional tipo Foley en espera de la colocación de su botón definitivo.

Resultados: Dos semanas más tarde, acude a urgencias por vómitos biliosos de 24 h de evolución y dolor abdominal. Pre-

senta regular estado general, irritabilidad y taquipnea, un abdomen moderadamente distendido, doloroso a la palpación con defensa. La sonda de alimentación se encuentra excesivamente introducida y resbala en su soporte, se extrae obteniéndose abundante contenido bilioso de la cavidad gástrica. Se realiza radiografía con contraste digestivo vía gastrostomía objetivándose difusión del contraste por toda la cavidad peritoneal. Es intervenida de urgencia observándose gran perforación a nivel de la tercera porción duodenal en muy probable relación con decúbito por balón de sonda de gastrostomía.

Conclusiones: El manejo de las sondas tipo Foley para gastrostomía ha de ser cuidadoso en su colocación y fijación. La migración de un balón de teórico mayor tamaño que el píloro, aunque escasamente descrita es posible y sus consecuencias graves.

Forma de presentación: Poster.

- **Tumor neuroectodérmico primitivo extraóseo de localización cutánea.** C. Ruiz Hierro, R.M. Paredes Esteban, V. Vargas Cruz, R. Castillo Bernabeu, M.E. Mateos González*, J. Fanego Fernández**. *Servicio de Cirugía Pediátrica. *Unidad de Oncología Pediátrica. **Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivo: La mayoría de los tumores de la familia Ewing/tumor neuroectodérmico primitivo de localización extraósea asientan en la región paraespinal, pared torácica o miembros inferiores; siendo muy pocos los casos publicados de lesiones cutáneas primarias.

Material y métodos: Varón de 4 años visto en consultas externas por tumoración interescapular de crecimiento rápido y cambio de coloración en los últimos 3 meses. Exploración física: tumoración interescapular de 4 cm de diámetro, coloración violácea, consistencia elástica, no adherida a planos profundos ni dolorosa a la palpación. Ecografía: en tejido celular subcutáneo se observa tumoración hipoeoica de 3,6 x 1,7 cm con Doppler color en su interior sugestivo de hemangioma.

Resultados: Se decide exéresis quirúrgica de la lesión por aumento de tamaño. El estudio histológico e inmunohistoquímico inicial resultó sugestivo de Tumor Neuroectodérmico Primitivo y la confirmación se realizó mediante estudio de traslocación sobre bloque de parafina, siendo el diagnóstico final: sarcoma de células redondas pobremente diferenciado/indiferenciado perteneciente a la familia PNET/Ewing extraóseo. Se ampliaron bordes de resección quirúrgica y se realizó estudio de extensión mediante ecografía abdominal, TAC torácico, gammagrafía ósea y mielograma que resultó negativo. Se inicia tratamiento con radioterapia y quimioterapia según protocolo Ewing/PNET 2001. Actualmente continúa en tratamiento.

Conclusiones: La baja frecuencia del Tumor Neuroectodérmico Primitivo de presentación cutánea hace que el diagnóstico puede pasar desapercibido. Sólo mediante técnicas de

inmunoquímica es posible el diagnóstico diferencial con otros tumores de células pequeñas que asientan en la piel.

Forma de presentación: Poster.

- **Tratamiento combinado con mitomicina C y dilataciones, en la estenosis esofágica de origen cáustico.** F. Martín Cano, C. Marañés Gálvez, E. Licerías Licerías, K. Mátar Sattuf, M. García Gómez, A. Ruiz Montes. *Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

Objetivo: Las secuelas de las ingestiones cáusticas, en forma de estenosis esofágicas severas, son un grave problema médico de difícil solución. La sustitución esofágica puede llegar a ser la solución final, con toda la morbilidad que conlleva. Por esta razón se intentan encontrar soluciones que eviten o retrasen lo más posible la sustitución esofágica. La aplicación de mitomicina c, antineoplásico derivado del *Streptomyces caespitosus* con propiedades antiproliferativas sobre los fibroblastos, podría ayudar en estos pacientes.

Material y métodos: Presentamos la experiencia con el uso de mitomicina c aplicada bajo visión directa con el esofagoscopio flexible, asociada a dilataciones neumáticas en un paciente de 9 años con estenosis cáustica severa por ingestión de detergente industrial a los 2 años de edad. Desde entonces en programa de dilataciones periódicas con resultados poco satisfactorios inicialmente. Con 7 años de edad se asocia tras la dilatación neumática la aplicación tópica por irrigación de mitomicina C.

Resultados: El intervalo libre de síntomas, entre dilataciones, antes de la aplicación de mitomicina C fue de 3-4 semanas, con disfagia para sólidos a las 2-3 semanas. Tras la utilización de la misma, el intervalo libre de síntomas, entre dilataciones, pasó a ser de 6-9 semanas, con sensación de disfagia a sólidos a partir de las 6-7 semanas.

Conclusiones: El uso de mitomicina C, de fácil aplicación y con ausencia aparente de efectos secundarios, ayuda a aumentar el intervalo libre de síntomas, entre dilataciones (disminuyendo el número de procesos anestésicos), mejorando la calidad de vida y retrasando, o evitando, la sustitución esofágica.

Forma de presentación: Poster.

- **Absceso cerebral posterior a dilataciones esofágicas; presentación de dos casos pediátricos.** G. Yanowsky Reyes, O. Aguirre Jauregui, J.A. Ocampo Navarro, A. Ortega Hernández, S.A. Trujillo Ponce, E. Rodríguez Franco, P. Lemus Aguirre. *Servicio de Cirugía Pediátrica, AHCGFAA.*

Objetivo: Presentar nuestra experiencia y tratamiento con 2 pacientes pediátricos con lesión esofágica por cáusticos y que se complicaron con abscesos cerebrales.

Material y métodos: Casos clínicos, descriptivo

Resultados: Caso 1, Masc de 3 años el cual ingiere sosa líquida desarrollando estenosis severa en tercio superior y medio de esófago de un 85% de la luz, inicia programa de dilataciones en 5 sesión presenta cefalea y trastornos de la conducta súbitos, una TAC revela absceso cerebral frontoparietal que requiere drenaje qx, posteriormente es sometido a sustitución esofágica por colon. Caso 2. Masc. de 2 años con quemadura secundaria a la ingesta de sosa líquida con estenosis del 70% de la luz esofágica, al 6 ciclo de dilataciones desarrolla absceso temporoparietal diagnosticado por TAC, se maneja médicamente y esta en espera de sustitución esofágica. En nuestro hospital recibimos 24 casos de quemaduras de esófago al año y en estos son los únicos pacientes que han mostrado esta complicación.

Conclusiones: Es rara la formación de abscesos secundarios a uso de dilatadores esofágicos en pediatría. Si no se sospecha y trata oportunamente puede ser fatal, cuando se diagnostica debe ser tratada con terapia combinada con antibióticos y drenaje quirúrgico. Se es específico contra flora bacteriana del tracto digestivo. El dx se fundamenta con: Estudios de imagen, aspirado y cultivo del material. La siembra cerebral es hematogena. Se recomienda profilaxis antimicrobiana en aquellos casos en que se requerirá un programa de rehabilitación esofágica regular.

Forma de presentación: Poster.

- **Tratamiento toracoscópico del quiste broncogénico.** C. Moreno, R. Tejedor, S. Fuentes, M. López, I. Cano, A. Gómez. *Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivo: Presentamos paciente de 3 años con antecedentes de asma, que en el periodo prenatal presentó 2 ecografías sospechosas de malformación adenomatoidea quística que no se confirmaron en última ecografía prenatal ni en periodo neonatal. A los 2 años de edad y en el contexto de una infección respiratoria se detecta en una Rx de tórax una imagen retrocardíaca bilobulada. Tras realizar TC y RM se confirma: lesión quística de 76x34x42 mm en mediastino posterior que atraviesa el diafragma extendiéndose hasta cavidad abdominal compatible con quiste de duplicación esofágica (QDE).

Material y métodos: Se realiza toracoscopia, consiguiendo extirpación completa de la misma. Debido a la importante adhesión de la masa a la pared esofágica se realiza esofagoscopia intraoperatoria. Revisión de la literatura.

Resultados: El postoperatorio transcurre sin incidencias y es dado de alta al 5º día postoperatorio. La anatomía patológica demuestra que se trata de un quiste broncogénico.

Conclusiones: Tanto los QB y QDE son malformaciones del desarrollo del intestino anterior primitivo. Los QB pueden ser mediastínicos o intraparenquimatosos periféricos. Los QB mediastínicos dada la similitud clínica como radiológica con los QDE y que en ambos el tratamiento de elección es la resección, será la anatomía patológica la que confirme si se trata de QB o QDE, al revelar revestimiento epitelial respiratorio cilia-

do o escamoso, o gastrointestinal, respectivamente. La toracoscopia nos ofrece una opción segura, aportando heridas más estéticas, menor dolor postoperatorio, movilización más temprana y menor estancia hospitalaria. Siendo en nuestra opinión la primera técnica a emplear en este tipo de patología benigna.

Forma de presentación: Poster.

- **Carcinoma adrenocortical.** V. Vargas Cruz, C. Ruiz Hierro, F. Vázquez Rueda, J.I. Garrido Pérez, C.E. Lasso Betancor, M.E. Mateos González*, R. Ortega Salas**. *Servicio de Cirugía Pediátrica, *Unidad de Oncología Pediátrica, **Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivo: Introducción: El carcinoma adrenocortical es un tumor poco frecuente (0,2 casos/millón de habitantes/año) y muy agresivo. Generalmente se diagnóstica en < de 5 años, con un pico de incidencia a los 3 años. Más frecuente en niñas (ratio 1,5/1). El 70% son funcionantes, presentando signos de hiperproducción hormonal. La cirugía es la única opción terapéutica y la supervivencia es < 20% a los 5 años.

Material y métodos: Caso Clínico: Niña de 14 meses remitida para estudio por Endocrinología por hiperpigmentación y aumento de labios mayores desde los 6 meses, con aumento de peso, hiperfagia y acné, y pubarquia a los 13 m. Antecedentes sin interés. Exploración: fenotipo Cushingoide, piel morena, acné facial, hirsutismo, pubarquia Tanner II-III, pigmentación labios mayores y olor apocrino. Exploraciones complementarias: hemograma, bioquímica y orina normales, excepto, ACTH 21,96 pg/ml, Cortisol 23 g/ml, Testosterona 8,91 g/ml, DHEA-S 31,68 μmol/L, Progesterona 0,4 g/ml. Ecografía, TAC abdominal y RM abdominal: masa suprarrenal dcha de 4x5,6x4,2 cm, de aspecto sólido. Sin lesiones a distancia ni adenopatías. Presentó crisis hipertensivas controladas con medicación

Resultados: Se programa para Adrenalectomía derecha radical. Evolución favorable. Histología: carcinoma suprarrenal de alto grado. Estudio de extensión con gammagrafías óseas y de corteza suprarrenal que resultaron negativas (estadio I).

Conclusiones: Conclusiones: Aunque la virilización se presenta aislada o en combinación con Sd. de Cushing en el 90% de los casos, sólo el 50% desarrollan HTA severa y un 10% crisis hipertensivas. Los factores pronósticos más importantes son el peso y tamaño tumoral y el estadio en el momento de la cirugía.

Forma de presentación: Poster.

- **Rotura gástrica asociada a atrofia muscular espinal.** V. Vargas Cruz, F. Vázquez Rueda, J.I. Garrido Pérez, C. Ruiz Hierro, C.E. Lasso Betancor, I. Rubio Gómez*, F. Casco**. *Servicio de Cirugía Pediátrica. *Servicio de Pediatría. **Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Introducción: La perforación gástrica en la edad pediátrica es rara fuera del periodo neonatal. Puede ser traumática, espontánea o como complicación de patología previa, con una mortalidad cercana al 25%, por lo que representa una urgencia quirúrgica.

Caso Clínico: Niña de 6 años que ingresa en UCIP tras reanimación cardiopulmonar en Urgencias. Antecedentes: atrofia muscular espinal distal, cuadros respiratorios de repetición, ventriculomegalia supratentorial, entre otros. Madre con síndrome escápulo-peroneal, padre y hermana sanos. Últimos 4 días en tratamiento con ibuprofeno, salbutamol y budesonida por bronquitis. Previamente a su ingreso presentó cuadro de dolor abdominal, vómitos y tendencia al sueño, tras intento de realimentación oral refiere dolor abdominal brusco y mal estado general, por lo que acuden a Urgencias llegando con parada cardiorrespiratoria. Exploración: destaca un abdomen muy distendido y timpanizado. Rx abdomen: neumoperitoneo.

Resultados: Laparotomía: perforación de 6 cm en fundus gástrico. Resección de bordes y cierre primario de la perforación. Evolución favorable. Anatomía Patológica: ulceración mucosa y cambios degenerativos de la capa muscular lisa (miocitolisis y picnosis) vinculables a miopatía.

Conclusiones: Las manifestaciones gastrointestinales son frecuentes en niños con patología neurológica, sin embargo, la perforación gástrica es rara en niños con patología del SNC, estando descritos en la literatura varios casos de perforación gástrica en niños con parálisis cerebral y cuadriparesia espástica (incoordinación muscular, neuropatía autonómica y malposición del estómago por escoliosis).

Forma de presentación: Poster.

- **Torsión testicular perinatal asincrónica: una emergencia quirúrgica.** V. Vargas Cruz, F. Vázquez Rueda, C. Ruiz Hierro, C.E. Lasso Betancor, J. Vicente Rueda*. *Servicio de Cirugía Pediátrica. *Servicio de Radiología Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivo: Introducción: La torsión testicular perinatal (TTP) ocurre en 1/7.500 recién nacidos. La mayoría es unilateral y ocurre durante el período prenatal. Menos frecuente es la bilateral, generalmente sincrónica, siendo la presentación asincrónica extremadamente rara.

Material y métodos: Caso Clínico: RNAT con PAEG de 18 horas de vida remitido desde otro hospital por sospecha de torsión testicular izquierda diferida. Antecedentes: parto eutócico, Peso: 3.100 g. Exploración: aumento de tamaño de ambas bolsas escrotales, testículo izquierdo de consistencia pétreo no doloroso y cordón espermático engrosado y tenso. Testículo derecho doloroso, difícil de palpar por hidrocele. Ecografía doppler testicular: teste izquierdo aumentado de tamaño, con área hipoeoica central avascular compatible con torsión diferida. Moderado hidrocele derecho.

Resultados: Exploración quirúrgica: torsión extravaginal diferida izquierda, se procede a orquiectomía izquierda. Tor-

sión extravaginal derecha, detorsión y recuperación aceptable de la vascularización tras aplicación de calor y vasodilatadores locales, Orquidopexia derecha. Postoperatorio favorable. A los 6 meses de seguimiento el testículo derecho presenta buen tamaño y flujo conservados.

Conclusiones: Conclusiones: Hay controversia en el manejo ideal de la TTP, tanto en los aspectos diagnósticos como terapéuticos, pero actualmente existe cierta tendencia hacia la exploración quirúrgica precoz por varias razones: similar riesgo anestésico; el diagnóstico es presuntivo; existe cierta viabilidad testicular y en caso de necrosis, es aconsejable su extirpación, exploración y eventual fijación contralateral, ya que hasta en el 22% pueden ser torsiones bilaterales, y en algunos casos, asincrónicas.

Forma de presentación: Poster.

- **Rinoplastia abierta en secuelas de sonda nasogástrica.** E. Arana, J.P. Barret, J. Lloret. *Hospital Universitario Valle de Hebron. Barcelona.*

Objetivo: Los paciente prematuros que precisan colocación de sonda nasogastrica en el periodo neonatal de manera prolongada suelen presentar secuelas esteticas y/o funcionales importantes, lo que suele precisar correccion quirurgica en la adolescencia. No existe una técnica claramente satisfactoria para este problema.

Material y métodos: Presentamos 3 pacientes, con un rango de edad entre 12-16 años. Entre los estigmas que presentan se incluyen: laterorrinia; desviacion septal; asimetría de narinas por destrucción de borde alar inferior y triángulo blando nasal. A través de abordaje columelar marginal ampliado se realiza tratamiento de alares, con injerto cartilaginoso en reborde inferior para regularizar el reborde inferior alar; tratamiento del dorso y osteotomías; septoplastia; injerto compuesto condrocutáneo auricular para descender la nariz.

Resultados: Se observa mejoría importante de la estética nasal y funcionalidad respiratoria con resultados percibidos como satisfactorios por el paciente y su entorno.

Conclusiones: La rinoplastia abierta es una técnica a considerar en la corrección de los defectos nasales ya que, a través de un abordaje columelar inocuo, se pueden trabajar sobre todas las estructuras nasales afectadas y recreamos el defecto cutáneo a nivel del triángulo blando con un colgajo invertido de piel vestibular.

Forma de presentación: Poster.

- **Quiste broncogénico supraesternal. Una causa rara de bultoma de la línea media.** P.L. Burgués Prades, E. Calleja Aguayo, A. Fuertes Zárate, R. Delgado Alvira, A. González Esgueda, R. Escartín Villacampa, J.A. Esteban Ibarz. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivo: Los quistes broncogénicos son anomalías congénitas que asientan preferentemente en pulmón o mediastino. Las lesiones subcutáneas son raras, siendo más frecuentes las localizadas en la región supraesternal.

Material y métodos: Se presentan 3 pacientes de dos años de edad, dos varones y una mujer, que presentaron un bultoma supraesternal a nivel de la línea media. En dos de ellos existía un orificio fistuloso por el que drenaba material mucoide, uno de los cuales presentaba una formación cutánea polipoidea cubriendo dicho orificio. Un caso sufrió un episodio inflamatorio previo a la intervención.

Resultados: Todos ellos fueron intervenidos quirúrgicamente, realizando una extirpación completa, encontrando una formación quística adherida a piel, de contenido mucoide. El diagnóstico anatomopatológico en todos los casos fue de quiste broncogénico, con revestimiento epitelial de tipo respiratorio.

Conclusiones: Los quistes broncogénicos subcutáneos son raros y la localización supraesternales la más frecuente. El tratamiento de elección es la extirpación completa, siendo el diagnóstico anatomopatológico con la presencia de epitelio columnar pseudoestratificado ciliado de tipo respiratorio.

Forma de presentación: Poster.

- **Dolor abdominal recidivante.** J.A. Blanco, M. De Diego, R.M. Isnard. *Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.*

Objetivo: Revisar el protocolo que utilizamos delante del dolor abdominal recidivante. Ver los resultados de la aplicación del protocolo.

Material y métodos: Se estudian 54 pacientes diagnosticados de dolor abdominal recidivante, durante el periodo de Enero de 2002 a Diciembre de 2007.

Resultados: En 10 pacientes durante el periodo previo a la aplicación del protocolo había desaparecido el dolor abdominal. En el resto de pacientes 44 se cumplió todo el protocolo hasta llegar a realizar la laparoscopia. Pacientes siguieron presentando dolor abdominal, 4 paciente a los que les desapareció el dolor abdominal presentaban algias en otras zonas.

Conclusiones: El 97% de los casos en los que se realizó la laparoscopia exploradora y posterior apendicectomía han evolucionado bien, desapareciendo los cuadros de dolor abdominal, con un seguimiento posterior a la laparoscopia de 12 a 48 meses.

Forma de presentación: Poster.

- **Migración intracardíaca de perdigón en un niño. Rara avis.** J. Peraza, J. Briz, J. Olmeda, G. Hernández. *Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid*

Objetivo: Queremos mostrar un caso de migración de un perdigón tras un disparo de escopeta desde la cadera hasta el corazón, situación apenas descrita en la literatura.

Material y métodos: Caso propio. Fotografías de quirófano y pruebas de imagen diagnósticas.

Resultados: Varón de 12 años que acude a Urgencias en situación de shock hemorrágico, secundario a herida por arma de fuego a nivel del muslo derecho, donde se aprecia fractura multifragmentaria de fémur derecho y gran cantidad de perdigones a nivel femoral. La radiografía de tórax muestra una imagen metálica puntiforme superpuesta a la 9ª costilla. El paciente es intervenido, observando gran destrozo muscular de glúteos medio y mínimo, recto anterior y tensor de la fascia lata y sección de arterias perforantes, que se ligan. En el paquete femoral, se identifican orificios en cuatro puntos de la vena femoral común y superficial, que se suturan. En la TAC torácica con ventana mediastínica se aprecia un artefacto en estrella que se interpreta como un cuerpo extraño metálico puntiforme compatible con perdigón en la zona de la válvula tricúspide.

Conclusiones: La bajísima frecuencia en la descripción de estas migraciones, no debe hacernos olvidar buscar el diagnóstico completo.

Forma de presentación: Poster.

- **Traumatismo perineal con empalamiento.** J. Gómez, J. Barrios, L. Mangas, J. Cortes, G. Sanchis. *H. Infantil La Fe, Valencia.*

Objetivo: El término empalamiento se utiliza en cirugía para definir lesiones que atraviesan alguna parte del cuerpo quedando el objeto lesador in situ. Presentamos el caso de una paciente que sufrió un traumatismo perineal con empalamiento y perforación rectal, manifestando la dificultad diagnóstica y la variabilidad de lesiones que asocian. Reportamos nuestra experiencia y una revisión bibliográfica.

Material y métodos: Niña de 9 años que sufre traumatismo accidental en la piscina con empalamiento anal. A su llegada a urgencias, sin lesiones externas ni cuerpos extraños, presentaba abdomen doloroso de forma difusa, sin evidentes signos de peritonismo. Los estudios radiológicos (Rx y TC) demuestran la presencia de neumoperitoneo y se realiza laparotomía, hallando peritonitis fecaloidea con perforación de 2 cm en 1/3 superior de recto. Se realizó sutura manual del defecato y colostomía de descarga en colon sigmoide. Se realizó revisión bibliográfica de casos similares publicados en los últimos 28 años.

Resultados: La paciente evolucionó favorablemente, dada de alta al 5 día postoperatorio.

Conclusiones: Los traumatismos perineales plantean dificultades diagnósticas y terapéuticas, sobre todo, en urgencias. Las lesiones externas no predicen las repercusiones internas. Hay que tener un alto grado de sospecha ante posibles lesiones no evidentes por el examen físico y agotar las técnicas diagnósticas. Las opciones quirúrgicas varían, fundamentalmente, entre la realización o no de colostomía, dependiendo de las características de la lesión (extra o intraperitoneal),

del tiempo de evolución (más o menos de 6 h) y de la experiencia del equipo quirúrgico. Las lesiones del aparato genital no suelen necesitar corrección urgente, pudiéndose corregir de diferidamente.

Forma de presentación: Poster.

- **Recidiva masiva de nefroma mesoblástico congénito: a propósito de un caso.** C. Cebrián Muñoz, M. Díaz Blanco, A. Gómez Farpón, C. Granell Suárez, N. Vega Mata, V. Álvarez Muñoz, M. Galbe Sada*, C. Martínez-Almoyña Rullán. *Servicio de Cirugía Pediátrica y Pediatría*. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivo: El nefroma mesoblástico congénito es el más frecuente de los tumores renales congénitos. Se comporta en general como un tumor benigno y la resección se considera el tratamiento adecuado. Presentamos un caso de presentación neonatal tratado mediante excisión radical que recidivó en el segundo mes postoperatorio en forma de gran masa, de crecimiento extremadamente rápido y refractaria a tratamiento quimioterápico, que causó el éxitus por compromiso respiratorio.

Material y métodos: Se expone el caso de un recién nacido mujer, en la que la exploración física al nacimiento puso de manifiesto una masa de consistencia dura en hemiabdomen izquierdo.

Resultados: La TC evidenció una masa intrarrenal izquierda de 46x44 mm. que no infiltraba ni altera planos adyacentes. A los 18 días de vida se realizó una nefrectomía izquierda total mediante laparotomía. La anatomía patológica se informó como nefroma mesoblástico. No se realizaron tratamientos coadyuvantes a la cirugía. El control ecográfico realizado un mes tras la cirugía no mostró hallazgos patológicos. Dos meses tras la intervención acudió a urgencias por presentar distensión abdominal e intolerancia digestiva. La resonancia magnética mostró una tumoración de 120x100 mm. que ocupaba el lecho renal izquierdo y el retroperitoneo, sin otras lesiones a distancia. Se realizó una biopsia, que se informó como nefroma mesoblástico. Se inició tratamiento con corticoides y quimioterápicos, a pesar de lo cual el tumor no disminuyó de tamaño.

Conclusiones: Si bien el nefroma mesoblástico se comporta en general como un tumor inocente, puede aparecer como un tumor de comportamiento agresivo, con crecimiento local rápido y refractario al tratamiento.

Forma de presentación: Poster.

- **Quiste del conducto hepático común: propuesta para la modificación de la clasificación de Todani.** M. Tirado Pascual, C. García Lorenzo, A. Unda Freire, A. Ruiz Orpes, J. Gaztambide Casellas. *Hospital General Universitario Carlos Haya. Málaga.*

Objetivo: Existen varias clasificaciones para la patología del quiste de colédoco; la más empleada actualmente es

la de Todani. Presentamos un caso clínico de un quiste no incluido en ninguna clasificación, por lo que proponemos una ligera modificación en la clasificación de Todani.

Material y métodos: Presentamos un caso clínico de quiste de conducto hepático común, revisando la forma de presentación, pruebas de imagen e intervención.

Resultados: Varón, 8 años, sin antecedentes personales de interés, salvo dolor abdominal recurrente. Como antecedente familiar, madre con litiasis biliar. Consulta por intenso dolor en mesogastrio y 3 vómitos biliosos. A la exploración, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio. En hemograma, leucocitosis con desviación izquierda y en bioquímica, destaca amilasa 3.243 U/L con transaminasas normales. En cuanto a las pruebas de imagen, en la ecografía se observa dilatación quística de vía biliar extrahepática (conducto hepático común o hepático derecho) con litiasis y coledocolitiasis. La colangiorensonancia confirma la dilatación del conducto hepático común (1,5x2 cm) y la presencia de litiasis en este conducto y en colédoco. Recibe tratamiento para la pancreatitis aguda y, tras 22 días con nutrición parenteral y controles bioquímicos seriados, se realiza intervención quirúrgica: colecistectomía, quistectomía, colangiografía intraoperatoria y portoenteroanastomosis en Y de Roux. En la colangiografía intraoperatoria, se constata buen paso del contraste a duodeno. Buena evolución. Actualmente, el paciente se encuentra asintomático.

Conclusiones: Proponemos añadir el subtipo Id a la clasificación de Todani, que correspondería al quiste del conducto hepático común, ya descrito en la literatura con anterioridad.

Forma de presentación: Poster.

- **TAC con reconstrucción 3D en traumatismo inguino-escrotal por cuerpo extraño.** E. Liceras, C. Marañés, F. Martín, C. Funes, M. García, K. Mátar, R. Fernández. *Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.*

Objetivo: Demostrar la utilidad de la TAC 3D en el diagnóstico de lesiones penetrantes por cuerpo extraño, evitando intervenciones más agresivas.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico de un paciente de 13 años de edad que tras sufrir una caída accidental presenta traumatismo inguino-escrotal, en el cual se introdujo una barra de hierro por el escroto derecho atravesando la zona inguinal con salida por pared abdominal. Fue preciso cortar el hierro para trasladar al paciente. Tras la realización de TAC abdomino-pélvico con reconstrucción 3D se observa trayecto y lesiones asociadas.

Resultados: Extracción de barra bajo anestesia general sin necesidad de laparotomía gracias a la precisión de las pruebas de imagen, que aportan información exacta acerca del trayecto del cuerpo extraño, observando que en todo su recorrido no afecta ninguna estructura intrabdominal o inguinal. Drenaje y cierre por segunda intención. El paciente evolucionó presentando edema inguino-escrotal importante. Resolución espontánea con reposo, antibioterapia y antiinflamatorios.

Conclusiones: Las reconstrucciones tridimensionales son una técnica radiológica de gran ayuda en casos de traumatismos con cuerpos extraños a la hora de tomar una decisión quirúrgica en un paciente grave.

Forma de presentación: Poster.

- **GIST: Clínica y manejo quirúrgico.** D.A. Aspiazu, R. Cabello, R. Granero, I. Tuduri, J. Morcillo, J.C. De Agustín. *Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: Revisar mediante un reporte de caso las manifestaciones clínicas y tratamiento del tumor de GIST. Recalcar la sospecha diagnóstica de esta entidad en la hemorragia digestiva alta en el niño.

Material y métodos: Presentamos una paciente de 10 años con cuadro de epigastralgia, astenia, náuseas y vómitos de 4 meses de evolución, asociado a anemia severa que requirió transfusiones sanguíneas.

Resultados: La esofagogastroscoopia mostró una tumoración sesil de 4 cm en la zona prepilórica, cuya biopsia fue compatible con GIST, realizándose Antrectomía con Billroth II. En la anatomía patológica se diagnosticó tumor del estroma gastrointestinal con patrón pleomórfico (GIST) con un índice de Fletcher de riesgo alto.

Conclusiones: El tumor de GIST suele ser un hallazgo incidental en el estudio del niño mediante endoscopia, cirugía o estudios de imagen. Los métodos de elección para el estadiaje del GIST. El índice de Fletcher es la mejor forma de establecer el riesgo de recidiva tumoral. El tratamiento quirúrgico es la primera opción terapéutica, siendo a su vez el factor pronóstico más importante cuando es radical.

Forma de presentación: Poster.

- **Fibrosarcoma infantil de bajo grado: cirugía conservadora.** D.A. Aspiazu, I. Fernández-Pineda, R. Cabello, I. Tuduri, R. Granero, R. Granero, J. Morcillo, J.C. De Agustín. *Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: Recalcar la importancia del diagnóstico anatomopatológico para un correcto tratamiento. Reafirmar la cirugía conservadora en el Fibrosarcoma congénito de bajo grado.

Material y métodos: Presentamos a un paciente de 2 meses con tumoración congénita en antebrazo derecho de rápido crecimiento.

Resultados: La resonancia magnética muestra una masa muy vascularizada en el plano subcutáneo del antebrazo derecho. Se realiza la exéresis de la tumoración, conservando los planos musculares de la extremidad. En la anatomía patológica se evidencia fibrosarcoma infantil, bajo grado de malignidad, subcutáneo ulcerado, que no infiltra el plano de resección.

Conclusiones: La aparición de una tumoración sólida de partes blandas en un neonato debe tener la mayor certeza en el

diagnóstico anatomopatológico lo que conlleve a un tratamiento quirúrgico adecuado. La cirugía conservadora es posible siempre y cuando haya certeza diagnóstica por el alto nivel de recidiva de la enfermedad.

Forma de presentación: Poster.

- **Ectopia testicular perineal bilateral asociada a hernias crurales.** I. Tuduri, R. Barrero, M.A. Fernández-Hurtado, J. Morcillo, F. García-Merino, J.C. De Agustín. *Unidad de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo: La ectopia perineal y la criptorquidia son dos cuadros similares clínicamente pero de diferente manejo. Presentamos un caso clínico de 4 meses de edad derivado por testes no palpables.

Material y métodos: A la exploración se aprecia bolsa escrotal hipoplásica y una tumoración bilateral en periné, lateral a la bolsa escrotal. La ecografía muestra testes de ecogenicidad y volumen normal en la región perineal. Tanto el estudio hormonal como el cariotipo son normales. Es operado con 6 meses de vida, vía inguinal reparándose en ambos lados una hernia crural. La longitud de vasos y conducto deferente es suficiente para lograr el descenso a la bolsa. El post-operatorio cursa sin complicaciones, encontrándose tras 6 meses de seguimiento asintomático y con ambos testes en una bolsa normalmente desarrollada.

Resultados: La ectopia testicular sin embargo es poco frecuente, definiéndose como el teste descendido en una posición anómala. La localización más frecuente en la inguinal superficial, siendo excepcional la ectopia perineal. Se diagnostica por la detección de una bolsa escrotal vacía y una tumoración lateral a la misma. Puede asociarse a hernias inguinales e hipospadias, existiendo sólo 5 casos con hernia crural y ninguno bilateral. A diferencia de la criptorquidia, no se corregirá con la edad, por lo que no es necesario retrasar la corrección quirúrgica, siendo factible la misma en los primeros 6 meses de vida dada la adecuada longitud de los vasos ya descendidos.

Conclusiones: Aunque la criptorquidia y la ectopia sean semejantes, el manejo quirúrgico debe ser diferente.

Forma de presentación: Poster.

- **Tratamiento quirúrgico en un caso de fisura labial inferior con fisura alveolar y anquiloglosia.** E. Liceras, C. Marañés, F. Martín, M. García, R. Fernández, C.J. Jiménez, J.C. Valladares. *Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

Objetivo: Presentación de un caso excepcional, sobre el cual existe muy poca literatura.

Material y métodos: Paciente recién nacido, a término, con peso adecuado a su edad gestacional, sin alteraciones asociadas. Se presenta en nuestra consulta remitido por pediatría

para valoración de malformación labial consistente en fisura labial inferior. Además tiene el borde anterior de la lengua completamente fusionado al labio inferior lo que dificulta la exploración. A la palpación, se aprecia fisura labial que afecta a piel, músculo y mucosa.

Resultados: Se interviene quirúrgicamente a los 3 meses de vida realizándose despegamiento de la porción anterior de la lengua de la mandíbula, que se encuentra fisurada, y labio inferior. Se realiza cierre de musculatura orbicular, así como piel y mucosa de labio inferior y del defecto inferior de la lengua que se cubre con colgajos laterales de mucosa lingual. No fue preciso realizar injerto óseo mandibular. Buena motilidad lingual y labial, a la vez que excelente resultado estético.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de esta rara malformación, presenta excelentes resultados funcionales y estéticos.

Forma de presentación: Poster.

VIDEOS SELECCIONADOS PARA EXPOSICIÓN

- **Resección asistida laparoscópica de divertículo de Meckel con un solo trocar.** J. Gómez, C. Gutierrez, L. Mangas, J. Cortes, G. Sanchis. *Hospital Infantil La Fe. Valencia.*

Objetivo: El divertículo de Meckel (DM) es causa frecuente de morbilidad en pediatría. Presentamos el video de la técnica de resección asistida con un solo trocar laparoscópico (RAMTL). Avalamos esta técnica con utilidad tanto diagnóstica como terapéutica en el manejo de esta patología

Material y métodos: Paciente de 7 años, con rectorragias intermitentes que se sospecha DM tras realizar gammagrafía con Tc99. Se decide realizar RAMTL, para la que se utiliza lente acodada de 10 mm con canal de trabajo y puerta de entrada umbilical. Por el canal de trabajo se introduce pinza de tracción. La técnica tiene dos fases, una intraabdominal en la que se identifica el DM y se tracciona del apéndice hasta eviscerar el contenido abdominal por el ombligo, y otra extraabdominal, en la que se exterioriza el fleon proximalmente hasta encontrar el DM, reseccándolo después con autosutura (endoGIA 30 mm). Objetivada la estanqueidad de la sutura, se reintroducen las asas y se cierra la entrada umbilical.

Resultados: El tiempo quirúrgico fue de 45 minutos. El paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta al 4º día postoperatorio.

Conclusiones: Las técnicas no invasivas ayudan al diagnóstico de DM. Aunque las exploraciones gammagráficas tienen una sensibilidad diagnóstica de DM de entre un 60-80%, ocasionalmente la única forma de llegar al diagnóstico es la exploración laparoscópica. La RAMTL ya ha sido descrita en patologías como apendicitis; en la resección del DM se describió por primera vez en 2002. Defendemos esta técnica por

ser segura, rápida, sencilla, con buenos resultados estéticos y de utilidad diagnóstica en determinados casos.

Forma de presentación: Video.

- **Sustitución vesical total 1. Reconversión de un conducto ileal en un reservorio vesical continente.** J. Rodó, L. García Aparicio, L. Krauel, J. Lerena, J. Prat. *Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Sección de Urología, Servicio de Cirugía Pediátrica, Barcelona.*

Objetivo: Los problemas derivados de la falta de capacidad o de la mala acomodación vesical se solucionan con técnicas rutinarias de ampliación vesical que conservan parte o toda la vejiga, pero cuando es necesaria la sustitución vesical completa, es necesario combinar técnicas de uso poco habitual. El objetivo de este video es presentar la cirugía que se realizó a una paciente en la que fue necesario realizar una sustitución vesical completa.

Material y métodos: Paciente mujer, de 5 años de edad, afecta de senourogenital y uréteres ectópicos. A esta paciente se le había practicado una cistectomía total y una derivación urinaria transileal tipo Bricker. En la intervención, se liberó la ileostomía cutánea, se destubulizó parcialmente el segmento intestinal correspondiente a la misma y se reconfiguró convirtiéndolo en una hemiesfera. Las anastomosis ureterointestinales fueron respetadas. La hemiesfera complementaria se obtuvo a expensas de otro segmento de ileon que también fue destubulizado y reconfigurado. Con la sutura entre sí de ambas hemiesferas se completó el reservorio vesical. A dicho reservorio, y siguiendo el principio de Mitrofanoff, se le anastomosisó otro segmento ileal reconfigurado según la técnica de Yang-Monthi-Casale.

Resultados: La paciente vacía su neovejiga mediante cateterismo intermitente, y tras 3 años de seguimiento la evolución es satisfactoria, sus riñones no han sufrido deterioro alguno y no presenta reflujo.

Conclusiones: La ausencia de vejiga, funcional o física, no implica necesariamente la derivación urinaria externa, si se dispone del armamentario quirúrgico adecuado.

Forma de presentación: Video.

- **Sustitución vesical total 2. Construcción de un reservorio vesical continente tipo Studer.** J. Rodó, X. Tarrado, L. García Aparicio, M. Olivares, L. Krauel. *Sección de Urología, Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.*

Objetivo: Los problemas derivados de la falta de capacidad o de la mala acomodación vesical se solucionan con técnicas rutinarias de ampliación vesical que conservan parte o toda la vejiga, pero cuando es necesaria la sustitución vesical completa, es necesario combinar técnicas de uso poco habitual.

El objetivo de este video es presentar la cirugía que se realizó a una paciente en la que fue necesario realizar una sustitución vesical completa.

Material y métodos: Paciente mujer, de 6 años de edad, afecta de extrofia vesical. A esta paciente, inicialmente se le practicó el cierre de la placa vesical y una ureterostomía cutánea terminal derecha. A los 2 años de edad se le practicó una transureteroureterostomía izquierda derecha y se mantuvo la ureterostomía derecha. En la intervención, la vejiga excluida, atrofica y carente de uretra y cuello se reconfiguró convirtiéndola en uretra. Posteriormente se destubulizó parcialmente un segmento ileal y se reconfiguró siguiendo la técnica de Studer, convirtiéndolo en un neoreservorio vesical. En la parte más declive de éste se anastomosisó la neouretra.

Resultados: La paciente vacía su vejiga mediante cateterismo intermitente, y tras 2 años de seguimiento la evolución de la misma es satisfactoria. Sus riñones no han sufrido deterioro alguno, no presenta reflujo y la ureterohidronefrosis secundaria a la ureterostomía, que presentaba en el preoperatorio, ha desaparecido.

Conclusiones: La ausencia de vejiga, funcional o física, no implica necesariamente la derivación urinaria externa, si se dispone del armamentario quirúrgico adecuado.

Forma de presentación: Video.

- **Reparación de hernia diafragmática de Morgagni mediante cirugía laparoscópica.** J. Cortés Sáez, J. Gómez-Chacón Villalba, J. Lluna González, C. Gutiérrez San Román, C. García-Sala Viguer. *Hospital Infantil La Fe. Valencia.*

Objetivo: La hernia de Morgagni es una patología poco frecuente, representando aproximadamente un 4-6% de los defectos diafragmáticos congénitos. En este vídeo, presentamos la técnica de cierre laparoscópico descrita por Newmann.

Material y métodos: Niña de 9 años, con antecedentes de síndrome de Down y pectus carinatum en la que se descubre como hallazgo en Rx de tórax una hernia de Morgagni. Tras acceso laparoscópico, se redujo el contenido herniario y se liberaron las adherencias presentes. El cierre del defecto se realizó mediante puntos extracorpóreos desde la pared anterior del abdomen al borde posterior del defecto. Para ello se practicó una incisión subxifoidea horizontal de 3 cm de longitud atravesando piel y tejido subcutáneo, anudando la sutura sobre el plano muscular. Para la extracción de la aguja de la cavidad abdominal, nos fue útil el uso del dispositivo de cierre de orificios de trócares, comúnmente usado en cirugía laparoscópica, ayudándonos de su punta retráctil para enganchar la sutura.

Resultados: El postoperatorio fue excelente, iniciando tolerancia oral tras 6 horas y siendo dada el alta hospitalaria de forma temprana. En los sucesivos controles, no ha presentado complicaciones.

Conclusiones: Según el resultado observado, se puede concluir que la reparación de la hernia de Morgagni mediante ciru-

gía laparoscópica es una alternativa a las técnicas habituales de cirugía abierta, minimizando la morbilidad postoperatoria y los tiempos de estancia hospitalaria.

Forma de presentación: Video.

- **Papel de la cirugía robótica en la reestenosis pieloureteral.** A. Bujons, M. Pascual, J. Caffaratti, Ll. Gausa, J.M. Garat, H. Villavicencio. *Unidad de Urología Pediátrica. Fundació Puigvert. Barcelona.*

Objetivo: El sd. del ostium es la causa más frecuente de obstrucción ureteral en niños. Desde el inicio de nuestra experiencia con el robot da Vinci en 2006, hemos empezado una serie pensando en los posibles beneficios por su mayor precisión quirúrgica, mayor facilidad comfort para el cirujano. Presentamos el caso de un paciente intervenido de reestenosis pieloureteral mediante esta técnica.

Material y métodos: Paciente de 21 años de edad con antecedente quirúrgico de pieloplastia derecha vía abierta a los 9 años de edad. Desde hace unos meses refiere dolor lumbar cólico derecho. Entre los estudios complementarios destacan un renograma obstructivo y un TC abdominal con reconstrucción tridimensional en el que se objetiva estenosis ureteral proximal secundaria a vaso polar. Se decide ureteropieloplastia robótica derecha transperitoneal mediante utilización de 3 trócares robóticos y un trócar laparoscópico de 5 mm para el ayudante. Sutura ureteral con monocryl 6/0.

Resultados: Tiempo quirúrgico 180 minutos con un tiempo de consola de 110 minutos. Pérdidas hemáticas insignificantes. Es dado de alta a las 48h de la cirugía. Se deja catéter ureteral doble J retirándose a las 4 semanas de la cirugía bajo sedación. A los 3 meses se le realiza renograma comprobándose ausencia de obstrucción.

Conclusiones: La cirugía robótica permite una buena actuación quirúrgica, cómoda para el cirujano, con visión 3D que permite una buena disección en tejidos ya intervenidos, y también permite una anastomosis con hilo fino con buenos resultados de reconstrucción. El paciente presenta una rápida recuperación postoperatoria, un buen resultado estético y un buen resultado funcional.

Forma de presentación: Video.

- **Endopielotomía percutánea con electrobisturí en el tratamiento de la estenosis pieloureteral en niños: ¿es posible?** A. Parente, M. Fanjul, R. Romero, S. Rivas, C. Corona, A. Laín, A. Tardaguila, J.M. Angulo. *Sección Urología Infantil, Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivo: La endopielotomía percutánea es una técnica mínimamente invasiva que presenta buenos resultados en la edad adulta. Sin embargo, no existe ninguna publicación registrada en niños menores de 4 años. Presentamos la endopielo-

tomía anterógrada con corte eléctrico en niño menor de 2 años para el tratamiento de la estenosis pieloureteral congénita.

Material y métodos: Paciente de 18 meses en estudio por masa abdominal palpable en hipocondrio izquierdo, objetivando ecográficamente una severa hidronefrosis izquierda que cruza línea media (DAP 65 mm) y parénquima renal severamente adelgazado. Mediante cistoscopia se realiza pielografía retrógrada y paso de guía a pelvis renal para situar retrógradamente un balón de alta presión en unión pieloureteral. El acceso percutáneo a la pelvis renal se realiza mediante técnica de Sedlinger guiado por radioscopia hasta colocar un trócar de 5 mm en pelvis renal. Tras asegurar la buena colocación del balón, se realiza una endopielotomía percutánea con electrobisturí a través de cistoscopia de 14 Fr sobre el balón de dilatación. Se deja colocado stent doble J anterógrado que se retira a las 4 semanas sin incidencias.

Resultados: Buena evolución sin complicaciones perioperatorias ni postoperatorias. Gran mejoría de la dilatación renal al año de la intervención (DAP 21 mm) con aumento del parénquima renal. El renograma muestra mejoría de la curva con leve ascenso de la función renal diferencial.

Conclusiones: La endopielotomía percutánea es una técnica mínimamente invasiva adaptable a niños. Podría ser una técnica quirúrgica a explorar en el tratamiento de severas hidronefrosis con grandes pelvis renales que dificultan su abordaje quirúrgico convencional o endourológico.

Forma de presentación: Video.

- **Papel de la toracoscopia en el tratamiento del quiste pleuropericárdico en el niño.** G. Sanchís Blanco, J. Gómez-Chacón Villalba, V. Marijuán Sahuquillo, C. Gutiérrez San Román, C. García-Sala Viguer. *Hospital Infantil La Fe. Valencia.*

Objetivo: Los quistes pleuropericárdicos son una patología benigna muy rara en niño. En este vídeo, se presenta la vídeotoracoscopia como una alternativa válida para su tratamiento.

Material y métodos: Presentamos el caso de una niña de 10 años diagnosticada de un quiste pleuropericárdico en el contexto del estudio de episodios de desvanecimiento. La radiografía de tórax, TAC y ECO muestran una lesión quística en ángulo cardiopulmonar derecho, de bordes bien definidos y 5 x 3 cm., sugestiva de quiste pleuropericárdico. Se interviene mediante vídeotoracoscopia, acceso a través de 3 trócares en hemitórax derecho. Se localiza, punciona y vacía el quiste, remitiendo muestras para anatomía patológica. Se realiza su exéresis completa mediante autosutura con resultado excelente. Se mantiene drenaje torácico durante 24 horas y se retira sin incidencias.

Resultados: Al alta la paciente no ha presentado complicaciones posquirúrgicas ni recidivas, permaneciendo libre de clínica hasta el momento.

Conclusiones: Los quistes pleuropericárdicos deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las masas torácicas.

cas del niño, siendo la vídeotoroscopia una excelente alternativa para su resección.

Forma de presentación: Video.

- **Diagnóstico y tratamiento toracoscópico del neumotórax espontáneo bilateral.** R. Espinosa, J. Quintana, J.C. Ollero, V. Rollán. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivo: La incidencia del neumotórax espontáneo primario bilateral, sea simultáneo o no, es baja (7,8%-20%). Incluso en pacientes con bullas bilaterales visibles en el TC la incidencia de neumotórax recurrente contralateral sólo se estima en un 5%. El TC torácico resulta el método diagnóstico de elección y la cirugía toracoscópica video-asistida el método terapéutico idóneo.

Material y métodos: Paciente mujer de 15 años con neumotórax bilateral no simultáneo recurrente (4 episodios en 3 años). Fue operada en otro centro mediante toroscopia del lado izquierdo presentando recidiva contralateral del neumotórax al mes de la intervención. TC de tórax: bullas apicales bilaterales mas extensas en el lado izquierdo. Se realizó toroscopia y resección de bullas apicales con pleurodesis mecánica del lado derecho con buena evolución postoperatoria. Posteriormente la paciente presentó nueva recidiva en el lado izquierdo (operado previamente) por lo que precisó ser reintervenida apreciándose numerosas bullas apicales y escasas sinequias pleurales del vértice pulmonar. Se realizó resección de vértice pulmonar izquierdo y pleurodesis mecánica sin incidencias en el postoperatorio.

Resultados: Actualmente la paciente está asintomática.

Conclusiones: 1) La resección toracoscópica de bullas apicales con pleurodesis es el tratamiento de elección del neumotórax espontáneo primario siendo un método eficaz y seguro. 2) Consideramos, en este caso, realizar el abordaje quirúrgico en dos tiempos. El postoperatorio es mejor y la posición en decúbito lateral ofrece una mejor visualización y abordaje de la cara posterior del pulmón. 3) Para evitar posibles recidivas del neumotórax es preciso realizar una resección completa del área apical con bullas y una adecuada pleurodesis.

Forma de presentación: Video.

- **Abordaje laparoscópico de quiste hidatídico hepático en paciente de 7 años.** R. Ruiz Pruneda, J.M. Sánchez, M.J. Aranda, O. Girón, J.L. Roques, J.I. Ruiz Jiménez. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Objetivo: La cirugía es la técnica de elección en la hidatidosis, adoptando la laparoscopia un papel fundamental en la actualidad. Paciente de 7 años de nacionalidad marroquí, que presenta clínica de dolor abdominal agudo siendo diagnosticado mediante pruebas de imagen de quiste hidatídico de 6,8 cm en LHD, con analítica normal y serología negativa para hida-

tidosis. El paciente sigue tratamiento con albendazol durante 6 semanas siendo remitido a nuestro servicio para valoración a los dos meses, encontrándose asintomático, con hepatomegalia de 6 cm no dolorosa, analítica y serología normales y presentando en las pruebas de imagen una lesión quística unilocular de bordes bien definidos, 5,6 x 5,8 cm, localizada en segmento IV, con desplazamiento de VSM y VSI sin invasión vascular.

Material y métodos: Presentamos el vídeo con la técnica de abordaje laparoscópico del quiste con protección del campo mediante gases impregnadas con suero salino hipertónico. Se utilizaron 3 trócares. Penetración del quiste percutáneamente con abbocath nº14, extracción del líquido de su interior e inyección de suero salino hipertónico que dejamos durante 10 minutos. Posteriormente se aspira de nuevo el contenido y se vuelve a inyectar el suero salino hipertónico, ésta vez durante 5 minutos, para después aspirarlo en su totalidad. Apertura del quiste y extracción de la membrana periquística con endobag y resección de parte de la cápsula dejando epiplon en su interior y drenaje de blake intraquístico

Resultados: En los controles posteriores, el paciente se muestra asintomático y la cavidad aparece prácticamente obliterada.

Conclusiones: La laparoscopia se muestra como una técnica segura.

Forma de presentación: Video.

- **Quiste de duplicación esofágica: Resección extramucosa del quiste mediante técnica combinada toracoscópica y endoscópica.** V. Marijuan, V. Ibáñez, J.J. Vila Carbó. *Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

Objetivo: Presentar la técnica quirúrgica combinada que se utilizó para la resección de un quiste de duplicación del tercio inferior del esófago.

Material y métodos: Varón de 13 años, con antecedentes de neumonías de repetición, al que casualmente se le diagnostica un quiste de duplicación en tercio inferior del esófago. El abordaje quirúrgico de la lesión se planteó mediante dos puertos de 5 y uno de 10 mm, situados a nivel del 6º, 7º y 8º espacios intercostales derechos. La realización de la fibroesofagoscopia fue decisiva para la localización de la duplicación a nivel del tercio inferior del esófago. La exéresis del quiste se realizó preservando la integridad de la mucosa esofágica. El papel de la endoscopia en este punto fue fundamental para la disección sin lesionar la mucosa esofágica.

Resultados: El tiempo quirúrgico fue de 195 minutos. No se produjeron complicaciones intra y/o post operatorias y el paciente evolucionó satisfactoriamente siendo dado de alta al 5º día de la intervención. El seguimiento clínico postoperatorio ha sido de 529 días sin evidencia de complicaciones tardías, con una motilidad esofágica conservada y ausencia de enfermedad de reflujo gastroesofágico.

Conclusiones: La técnica combinada (toracoscópica y endoscópica) del quiste de duplicación esofágica es una técnica

ca poco agresiva, fácil y segura que proporciona una perfecta visión del plano de disección entre la pared del quiste y la mucosa del esófago, permitiendo la resección de la totalidad del quiste y preservando la integridad de la mucosa esofágica.

Forma de presentación: Video.

- **Abordaje toracoscópico para resección de masa mediastínica.** J.M. Sánchez, R. Ruiz Pruneda, M.J. Aranda, O. Girón, J.L. Roques, J.I. Ruiz Jiménez. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Objetivo: La presentación clínica de las lesiones quísticas del mediastino es variable y depende de varios factores, el más importante de ellos es el efecto masa debido a la localización de la lesión. Pueden ser asintomáticos o presentarse con clínica respiratoria (distress respiratorio, estridor). El diagnóstico suele ser casual al realizar una radiografía de torax y debe completarse con un esofagograma, ecocardiografía o TAC. La vía toracoscópica se ha mostrado como una técnica segura por los buenos resultados y su mínima morbilidad.

Material y métodos: Presentamos el caso de una niña de 3 años de edad con antecedentes de bronquitis de repetición, con test del sudor, Mantoux y radiografía de torax normales. Ante la persistencia de estridor inspiratorio se realiza fibrobroncoscopia observando una compresión traqueal en tercio medio de probable origen extrínseco, ecocardiografía con una estructura homogénea redondeada posterior a la bifurcación de las ramas pulmonares que no comprime estructuras vasculares, esofagograma con desplazamiento del esófago hacia la derecha y TAC torácico con lesión en mediastino posterior de 6x3x2 cm líquida, homogénea, bien definida que desplaza esófago a la derecha. Con los posibles diagnósticos de duplicación esofágica o quiste broncogénico se decidió intervención quirúrgica.

Resultados: Presentamos el video de la resección toracoscópica de la masa, que se encontraba intimamente adherida a esófago y arteria aorta. La anatomía patológica informó de quiste broncogénico. Desde entonces la paciente ha permanecido asintomática y con controles radiológicos normales.

Conclusiones: La toracoscopia se ha mostrado como una técnica segura en la resección de la masa mediastínica

Forma de presentación: Video.

- **Novedosa prótesis sintética individualizada para corrección de un caso de Poland incompleto.** L. Mangas, J. Gómez-Chacón, E. Valdés, G. Sanchis, C Gutiérrez, C García-Sala. *Hospital Universitario la Fe. Valencia.*

Objetivo: Reseñar una opción terapéutica para reconstrucción de un síndrome de Poland incompleto con una prótesis sintética diseñada a medida del defecto del paciente cuando la corrección es puramente estética.

Material y métodos: Presentamos un caso de un varón de 14 años conocido en nuestro servicio por su antecedente quirúrgico de malformación adenomatoidea quística. Presenta un síndrome de Poland con hipoplasia del pectoral mayor derecho y alteraciones de tejidos blandos. No manifiesta alteración funcional en miembro superior. Se diseña prótesis sintética sobre molde de escayola sobre el paciente. La colocación de la misma es a través de un bolsillo subcutáneo realizado por incisiones horizontales en el torax.

Resultados: Se consiguió la reparación estética deseada con la inserción de dicha prótesis. No hubo complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: Debido a la variabilidad de la expresión fenotípica de este síndrome las opciones terapéuticas son diversas ajustándose a las malformaciones presentes en cada paciente. Los defectos más superficiales permiten realizar la reconstrucción directamente sobre el defecto. Proponemos una solución del defecto con material externo evitando los perjuicios derivados de los colgajos autólogos. El diseño individualizado consigue adaptarse completamente al defecto de cada paciente. La colocación de la prótesis con una o varias incisiones cutáneas permite recolocarla amoldándose perfectamente al defecto existente.

Forma de presentación: Video.

- **Una salida para el teratoma cervical: el procedimiento EXIT.** J. Gómez Veiras, I Somoza Argibay, M Gómez Tella, M García González, M García Palacios, ME Molina Vázquez, A Lema Carril, T Dargallo Carbonell, E Pais Piñeiro, J Ríos Tallón, D Vela Nieto. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil Teresa Herrera. A Coruña.*

Objetivo: El EXIT (ex-utero intrapartum treatment) consiste en garantizar una vía respiratoria permeable en el feto. Durante un parto parcial por cesárea, mientras que el feto todavía permanece conectado a la circulación útero-placentaria se realizan las técnicas necesarias para tal fin.

Material y métodos: Presentamos un caso clínico.

Resultados: Se trata del nacimiento de un feto de 37 semanas de gestación. Diagnosticado prenatalmente por ecografía y RNM de linfangioma quístico o teratoma. Que afectaba a la región cervical, desde la base de la lengua hasta el desfiladero cervico-torácico, con unas dimensiones de 8,2 x7,3x6,9 cm y que comprimía a la vía aérea. El parto se realizó mediante cesárea programada. Procediéndose intraoperatoriamente a la intubación orotraqueal tras la salida de la cabeza y posterior alumbramiento del resto del cuerpo. Fue necesaria la irrigación constante de la cavidad uterina con Ringer Lactato con bomba de histeroscopia a una presión de 40 mmHg y a un flujo de 450 ml/min. Se empleó sevoflurano como gas anestésico, tiptental sódico como hipnótico, fentanilo como analgésico, cloruro de suxametonio y cisatracurio como relajante, oxitocina y metilergometrina para la contracción uterina. El paciente fue intervenido por nuestro servicio durante su primer día de vida,

realizándose exéresis de una masa con unas dimensiones de 7,5x8x6 cm, que se localizaba en la región cervical anterior derecha. La anatomía patológica fue informada como teratoma benigno inmaduro grado II.

Conclusiones: El procedimiento EXIT es una técnica adecuada para intentar garantizar una vía aérea permeable en un feto con una masa cervical anterior.

Forma de presentación: Video.

- **Timectomía mediante esternotomía limitada en el tratamiento de la miastenia gravis juvenil.** J.L. Alonso Calderón, R. Espinosa, P. Morató, V. Rollán. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivo: El beneficio de la timectomía como tratamiento de la miastenia gravis (MG) juvenil ha sido ampliamente esgrimido en muchos artículos, constituyendo la única posibilidad de remisión completa. En niños ha quedado reservada para casos severos o que responden torpemente al tratamiento médico, a pesar de que existe asociación entre timectomía, pacientes jóvenes y buenos resultados. Presentamos la

técnica de timectomía por medio de estereotomía limitada en MG juvenil.

Material y métodos: Presentamos 2 pacientes de 9 y 12 años diagnosticados de MG juvenil que seguían tratamiento con piridostigmina y corticoides a dosis altas sin conseguir un buen control de la enfermedad. Ambos fueron sometidos a timectomía completa mediante estereotomía limitada. El estudio anatomopatológico informó de tejido tímico de características histológicas habituales en un caso e hiperplasia tímica en el otro. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones.

Resultados: En los 2 pacientes se observó una mejoría del cuadro clínico a medio plazo pudiéndose retirar de forma paulatina el tratamiento con corticoides.

Conclusiones: 1) La timectomía proporciona mayores posibilidades de remisión en MG juvenil. Es preciso una ablación completa del tejido tímico tanto cervical como del mediastino anterior para obtener buenos resultados. 2) La apertura del mediastino anterior y superior mediante esternotomía limitada en extensión hasta la mitad del cuerpo esternal proporciona un buen abordaje, mejor que el abordaje transcervical. 3) Si es posible la timectomía debe diferirse hasta la edad puberal por el papel inmunológico del tejido tímico en la infancia.

Forma de presentación: Video.

