

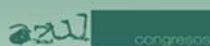


# LV CONGRESO

SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

OVIEDO

26 & 27 de mayo de 2016



Secretaría Técnica:  
Azul Congresos S.L.  
Udo 75, 1º - Oficina 1ª  
33003 - Oviedo  
Tel: 984 051 604 - 984 051 671

[congresocirugiapediatrica2016@azulcongresos.com](mailto:congresocirugiapediatrica2016@azulcongresos.com)



Financiado por:



**OVIEDO**.es  
AYUNTAMIENTO



26 & 27 de mayo de 2016

© SECP Sociedad Española de Cirugía Pediátrica

ISBN: 978 84 608 9672 2

Diseño y maquetación: Azul Congresos S. L.

El LIBRO COMUNICACIONES ha sido editado con los textos íntegros que los diferentes autores han elaborado y aportado. Por lo tanto, la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica, no se hace responsable de los contenidos u opiniones vertidas, ni de posibles erratas en los mismos.



26 & 27 de mayo de 2016

# INDICE



26 & 27 de mayo de 2016

## **RECONOCIMIENTO DE INTERÉS CIENTÍFICO SANITARIO**

*Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

### **COLABORADORES**

### **COMITÉS**

*Comité Organizador*

*Comité de Selección*

*Junta Directiva SECP*

### **PROGRAMA CIENTÍFICO**

*Jueves 26 de mayo*

*Viernes 27 de mayo*

### **COMUNICACIONES PRESENTADAS**

*Índice interactivo*



16/167.07  
BG/mja



Se ha recibido en esta Subsecretaría documentación y escrito de Vd., en el que solicita el reconocimiento de interés sanitario para el **LV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA**, organizado por la referida Sociedad, y a celebrar en Oviedo durante los días 26 y 27 de mayo de 2016.

Dados los objetivos y la valoración positiva que merece el programa del acto, en aplicación de la Orden de 19 de junio de 1984 (Boletín Oficial del Estado de 2 de julio siguiente), se reconoce como de interés sanitario el mencionado Congreso, cuyas conclusiones o acuerdos adoptados deberán remitirse, dentro del plazo señalado en el artículo 3.2 de la Orden citada, al Gabinete Técnico de esta Subsecretaría de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

De acuerdo con el artículo 114.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, la resolución de este procedimiento administrativo no pone fin a la vía administrativa, y podrá ser recurrida en alzada ante el órgano superior jerárquico en el plazo de un mes, a partir del día siguiente de la recepción de la notificación.

Lo que se comunica a Vd. a todos los efectos.

Madrid, a 22 de enero de 2016

LA SUBSECRETARIA  
  
María Jesús Fraile Fabra

Dña. María José Rojas  
Secretaría Técnica  
Azul Congresos, S.L.  
Uría, 76 – 1ª Oficina 1ª  
33003 OVIEDO





26 & 27 de mayo de 2016

## **COMITÉ ORGANIZADOR**

*Presidente: Dr. Víctor Álvarez Muñoz*

Vicepresidente: Dr. Manuel Díaz Blanco

Secretaria: Dra. Ángela Gómez Farpón

Tesorera: Dra. Nataliz Vega Mata

Vocales:

Dra. Cristina Granell Suárez

Dra. Sonia Amat Valero

Dra. Eva Enríquez Zarabozo

Dra. María Oviedo Gutiérrez

Dra. Laura Fernández García

Dra. Diana Carolina Lara Cárdenas

Dra. Sarah Barnes Marañón

Dra. Agnes Molnar

## **COMITÉ DE SELECCIÓN DE LA SECP**

Dr. Fernando Vázquez Rueda

Dra. Carmen Soto Beauregard

Dra. Lidia Ayuso González

Dr. Francisco Javier Bueno Recio

## **JUNTA DIRECTIVA SECP**

Presidente: Dr. Iñaki Eizaguirre Sexmilo

Vicepresidenta: Dra. Rosa María Paredes Esteban

Secretaria General: Dra. Marta de Diego Suárez

Tesorero: Dr. Indalecio Cano Novillo

Editora Jefe de la Revista: Dra. Rosa M<sup>a</sup> Isnard Blanchar

Director Página Web: Dr. Javier Gómez Veiras



## JUEVES 26 DE MAYO DE 2016

- 07:45 - 08:30hrs ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN Y ACREDITACIONES
- 08:30 - 09:30hrs COMUNICACIONES **C. UROLÓGICA I**  
**Moderadores:**  
**Dr. Jerónimo González Piñera**  
**Dra. Cristina Granell Suárez**
- 09:30 - 10:45hrs MESA UROLOGÍA: "CMI en Cirugía Urológica Pediátrica"  
*Moderador: Dr. Jorge A. Caffaratti Sfulcini. Jefe de Sección de Urología Pediátrica. Fundación Puigvert. Barcelona*
- **Dr. Manuel López** MD.Ph.D. Consultant Pediatric Surgeon & Urology. Department of Pediatric Surgery & Urology. University Hospital of Saint Etienne. Saint Etienne. France
  - **Dra. Rosa M. Romero Ruiz** Consultant Pediatric Urologist. Oxford Radcliffe Hospitals NHS Trust. Oxford. Reino Unido.
  - **Dra. Anna Bujons Tur** Uróloga Pediátrica. Unidad de Urología Pediátrica. Fundación Puigvert. Barcelona.
- 10:45 - 11:15hrs CAFÉ + PÓSTERS DIGITALES
- 11:15 - 11:30hrs INAUGURACIÓN OFICIAL
- 11:30 - 13:00hrs COLOQUIO: "Dificultades que enseñan"  
*Moderador: Dr. Juan Elías Pollina Jefe de Sección de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*  
*Ponentes:*
- **Dr. Juan Carlos de Agustín Asensio.** Jefe de Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.
  - **Dra. Claudia Marhuenda Irastorza.** Jefa de Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.
  - **Dr. Juan José Vila Carbó** Jefe de Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.
  - **Dr. Juan Rodó Salas.** Urología Pediátrica. Hospital Quirón-Dexeus. Barcelona.
  - **Dr. Alberto Sánchez Abuín** Jefe de Sección de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.







## **VIERNES 27 DE MAYO DE 2016**

- 08:00hrs APERTURA SECRETARÍA
- 09:00 - 10:00hrs COMUNICACIONES **C. FETAL Y NEONATAL I**  
**Moderadores:**  
**Dra. Montserrat Castañón García-Alix**  
**Dra. Carmen Cebrián Muñíos**
- 10:00 - 11:00hrs COMUNICACIONES **C. FETAL Y NEONATAL II**  
**Moderadores:**  
**Dr. José Ignacio Garrido Pérez**  
**Dr. Manuel Díaz Blanco**
- 11:00 - 11:30hrs CAFÉ + PÓSTERS DIGITALES
- 11:30 - 12:30hrs COMUNICACIONES **C. TORÁCICA II + C. VASCULAR**  
**Moderadores:**  
**Dr. Xavier Tarrado Castellarnau**  
**Dra. Antonia Jesús López López**
- 12:30 - 14.00hrs PANEL DE EXPERTOS
- "AVANCES EN LA CIRUGÍA DE LAS ANOMALÍAS VASCULARES DURANTE LA INFANCIA"**  
**Dr. Juan Carlos López Gutiérrez** Jefe de Sección del Dpto. de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid.
- "APROXIMACIÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA A LA CIRUGÍA PEDIÁTRICA: DE LA REVOLUCIÓN A LA EVOLUCIÓN DE UN NUEVO ENFOQUE QUIRÚRGICO"**  
**Dr. Manuel López** MD.Ph.D. Consultant Pediatric Surgeon & Urology. Department of Pediatric Surgery & Urology. University Hospital of Saint Etienne. Saint Etienne. France.
- "TRASTORNOS DEL DESARROLLO SEXUAL: EXPERIENCIA DEL GRUPO MULTIDISCIPLINAR DEL OXFORD RADCLIFFE HOSPITAL"**  
**Dra. Rosa M. Romero Ruiz** Consultant Pediatric Urologist. Oxford Radcliffe Hospitals NHS Trust. Oxford. Reino Unido.
- 14:00 - 15:00hrs ALMUERZO
- 15:00 - 16:00hrs COMUNICACIONES **C. GENERAL II**  
**Moderadores:**  
**Dr. Francisco Javier Bueno Recio**  
**Dra. Nataliz Vega Mata**



16:00 - 17:00hrs                    COMUNICACIONES **C. GENERAL III + C. EXPERIMENTAL**  
**Moderadores:**  
**Dr. Juan José Vázquez Estévez**  
**Dra. Sonia Amat Valero**

17:00 - 17:30hrs                    CONFERENCIA MAGISTRAL

*"Historia, vivencias, motivaciones y futuro de una Cirujana Pediátrica"*

**Dra. Montserrat Castañón García-Alix** Jefa de Sección de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona.

17:30 - 18:00hrs                    COMUNICACIONES **C. ONCOLÓGICA**  
**Moderadores:**  
**Dra. M<sup>a</sup> Carmen Soto Beauregard**  
**Dra. Eva M<sup>a</sup> Enríquez Zarabozo**

18:00 - 20:00hrs                    ASAMBLEA SECP

21:00hrs                                CENA CLAUSURA



26 & 27 de mayo de 2016

# INDICE

## MESAS COMUNICACIONES

- *C. UROLÓGICA I*
- *C. GENERAL I*
- *C. TORÁCICA I*
- *MISCELÁNEA*
- *C. UROLÓGICA II*
- *C. UROLÓGICA III*
- *C. FETAL Y NEONATAL I*
- *C. FETAL Y NEONATAL II*
- *C. TORÁCICA + C. VASCULAR*
- *C. GENERAL II*
- *C. GENERAL III + C. EXPERIMENTAL*
- *C. ONCOLÓGICA*



ID	TÍTULO
<b>C. UROLÓGICA I</b>	
32	ENDOPIELOTOMÍA CON BALÓN DE CORTE EN EL TRATAMIENTO DE LAS ESTENOSIS PIELOURETERALES CONGÉNITAS EN LACTANTES
199	OBSTRUCCIÓN DE LA UNIÓN PIELOURETERAL SECUNDARIA A ESTENOSIS PARCIAL DE LA UNIÓN URETEROVESICAL
171	APLICACIÓN RETROSPECTIVA DE LOS CRITERIOS DEL BORRADOR UMBRELLA-SIOP PARA NEFRECTOMÍA PARCIAL Y LAPAROSCÓPICA EN TUMORES RENALES UNILATERALES
187	CISTOPLASTIAS DE AUMENTO EN EDAD PEDIÁTRICA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE NUESTRA SERIE Y RESULTADOS DE LOS TEST ICIQ- SF DE
158	PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA TRANSMESOCÓLICA
253	ISQUEMIA POST-CIRCUNCISIÓN, UNA COMPLICACIÓN INESPERADA. REVISIÓN DE LA LITERATURA
191	SÍNDROME DE LA UNIÓN URETEROPÉLVICA. ¿LA PIELOPLASTIA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA MEJORA LOS RESULTADOS?
214	NEFRECTOMÍAS EN RIÑÓN NO FUNCIONANTE, ¿CUÁNDO, CÓMO Y CUÁLES SON NUESTROS RESULTADOS?
228	URETEROCISTOPLASTIA DE AUMENTO MEDIANTE ABORDAJE MINIMAMENTE INVASIVO COMO CIRUGÍA PRE-TRANSPLANTE RENAL
18	CÁLCULOS CORALIFORMES TRATADOS CON LEOC: ¿ES REALMENTE NECESARIA LA CATETERIZACIÓN URETERAL PRE-SESIÓN EN NIÑOS?



ID	TÍTULO
<b>C. GENERAL I</b>	
13	¿EXISTE EL PACIENTE IDEAL PARA LA APENDICECTOMÍA TRANSUMBILICAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA?
80	SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WUNDERLICH: UN SÍNDROME INFRADIAGNOSTICADO.
209	OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN APENDICECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS
236	HERNIORRAFIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA POR UN PUERTO EN NIÑAS. TÉCNICA DE LA INVERSIÓN Y COAGULACIÓN: BURNIA.
9	EVOLUCIÓN DE LA ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DE PÍLORO: EL TAMAÑO SÍ IMPORTA
229	ADRENALECTOMÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA: VENTAJAS DEL ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO
114	DESCONEXIÓN ESÓFAGO-GÁSTRICA COMO TRATAMIENTO DE RESCATE EN REFLUJO GASTROESOFÁGICO
123	GASTROPEXIA LAPAROSCÓPICA EN VÓLVULO GÁSTRICO ORGANOAXIAL DE EVOLUCIÓN CRÓNICA.
134	ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA CRURAL EN EL NIÑO.
57	MIGRACION INGUINO ESCROTAL DE CATÉTERES DE VÁLVULAS DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL: SERIE HISTÓRICA
70	NO ES SOLO ESTREÑIMIENTO



ID	TÍTULO
<b>C. TORÁCICA I</b>	
45	PECTUS EXCAVATUM (PE): ¿RESONANCIA MAGNÉTICA (RM) COMO PRUEBA DE ELECCIÓN?
231	NUEVA FIJACIÓN CON CERCLAJE EN LA TECNICA DE NUSS
183	MOVILIZACIÓN INTRATORÁCICA DE BARRA DE NUSS. ABORDAJE TORACOSCÓPICO.
37	MARCAJE DE LESIONES PULMONARES CON ARPÓN, ¿CÓMO LO HACEMOS? TRUCOS Y QUÉ HEMOS APRENDIDO.
212	USO DE PLACAS REABSORBIBLES EN CIRUGÍA DE LA PARED TORÁCICA EN NIÑOS
97	CIRUGÍA EN TIEMPOS DE CRISIS: TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PECTUS CARINATUM MEDIANTE CORSÉ ESTÁTICO
115	CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LARINGOMALACIA: ¿CÓMO VARÍA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO?
23	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA GINECOMASTIA ASOCIADA A MAMA TUBEROSA EN NIÑOS: MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN TIPO ROUND-BLOCK
162	GINECOMASTIA, MÁS ALLÁ DE LA ESTÉTICA



ID	TÍTULO
<b>MISCELÁNEA</b>	
104	¿ES EL TRATAMIENTO ORTOPÉDICO DE LAS DEFORMIDADES AURICULARES UNA ALTERNATIVA A LA CIRUGÍA?
161	ABORDAJE DE LA FISURA LABIAL UNILATERAL MEDIANTE LA QUEILOPLASTIA DE MEARA
144	SUBMANDIBULECTOMÍA BILATERAL PARA TRATAMIENTO DE SIALORREA EN EDAD PEDIÁTRICA: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA
140	LA MIOFIBROMATOSIS INFANTIL MULTICÉNTRICA Y EL FIBROSARCOMA CONGÉNITO METASTÁSICO: UN RETO DIAGNÓSTICO.
76	EL DIAGNÓSTICO DEL PILOMATRIXOMA INFANTIL, NO ES TAN FÁCIL COMO PARECE: REVISIÓN DE 126 CASOS
75	Z-PLASTIA TRIDIMENSIONAL PARA LA REPARACIÓN DEL LÓBULO BIPARTITO AURICULAR
130	MANEJO DE LAS SECUELAS MUSCULOESQUELÉTICAS Y CUTÁNEAS DE LA SEPSIS MENINGOCÓCICA
146	CIRUGÍA VÍDEO ASISTIDA EN MUCOCELE DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR
258	USO DE DOBLE TERAPIA, MATRIZ BIOLÓGICA ACELULAR Y TERAPIA DE VACIO CON PRESIÓN NEGATIVA, EN EL TRATAMIENTO DEL ONFALOCELE GIGANTE
262	LABIO FISURADO BILATERAL: ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS





ID	TÍTULO
<b>C. UROLÓGICA II</b>	
197	CARCINOMA RENAL PEDIÁTRICO: CIRUGÍA, LA CLAVE DE LA SUPERVIVENCIA
19	BIOFEEDBACK ANIMADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA MICCIÓN DISFUNCIONAL
51	EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LA DETORSIÓN TESTICULAR TRAS ESCROTO AGUDO
31	PENE ENTERRADO: FALOPLASTIA SUPRAPUBICA, NUEVA OPCIÓN QUIRÚRGICA
25	MICROURETEROSCOPIA EN NIÑOS
17	ANÁLISIS CRISTALOGRAFICO DE LA UROLITIASIS EN EDAD PEDIÁTRICA
61	REIMPLANTE URETERAL EXTRAVESICAL TRAS FRACASO DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL REFLUJO VESICoureTERAL CON DX/HA. EXPERIENCIA INICIAL
266	PAPEL DE LA PIELOLITOTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL MANEJO DE LAS LITIASIS RENALES EN LA INFANCIA
159	DILATACIÓN NEUMÁTICA DE ESTENOSIS URETERALES CON BALÓN DE PACLITAXEL.
12	CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN PACIENTES MENORES DE 10 KG SOMETIDOS A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA RENAL CON PRESIONES DE NEUMOPERITONEO SUPERIORES A 10 MM DE



ID	TÍTULO
<b>C. UROLÓGICA III</b>	
147	RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA CIRUGÍA DE HIPOSPADIAS. FUNCION URINARIA, SEXUAL E IMPACTO PSICOLÓGICO
98	TROMBOSIS VASCULAR EN EL TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO. ¿ES POSIBLE SALVAR EL INJERTO?
33	TRATAMIENTO URETEROCELE ORTOTÓPICO MEDIANTE DILATACIÓN DEL MEATO DEL URETEROCELE CON BALÓN DE ALTA PRESIÓN
91	MODELO EXPERIMENTAL DE APRENDIZAJE DEL ABORDAJE RENAL PERCUTÁNEO PARA RESOLUCIÓN DE PATOLOGÍA LITIÁSICA COMPLEJA EN PACIENTE PEDIÁTRICO
3	PSICOPROFILAXIS AUDIOVISUAL DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL INFANTIL
79	INDICACIÓN DE LA FIJACIÓN IPSILATERAL Y CONTRALATERAL AL TESTE TORSIONADO.
263	EVALUACIÓN DE LA CONTINENCIA EN PACIENTES EN EXTROFIA VESICAL Y NECESIDAD DE ESTOMAS CATETERIZABLES CONTINENTES.
40	TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS PIELOURETERAL. ¿HA SIDO BENEFICIOSA LA INTRODUCCIÓN DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA?
84	TÉCNICA DE SNODGRASS: NUESTRA EXPERIENCIA
237	VALORACION DEL CRECIMIENTO TESTICULAR TRAS EL TRATAMIENTO DEL VARICOCELE EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN FUNCIÓN DE LA TÉCNICA EMPLEADA (PALOMO,
213	EFICACIA DE LA NEFROSCOPIA PERCUTÁNEA COMO TÉCNICA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA LA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO



ID	TÍTULO
<b>C. FETAL Y NEONATAL I</b>	
249	CORRELACIÓN DEL NEUMOPERITONEO CON HALLAZGOS QUIRÚRGICOS Y MORBIMORTALIDAD EN LAS ENTEROCOLITIS NECROTIZANTES
105	FACTORES PERINATALES EN EL DESARROLLO DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE. UN ESTUDIO CASOS Y CONTROLES
86	VENTAJAS DE OPERAR UNA ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE ANTES DE LA PERFORACIÓN: NINGUNA
122	DRENAJE PERITONEAL COMO TRATAMIENTO DEFINITIVO EN LA ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE DE PREMATUROS DE BAJO PESO
219	LAPAROTOMÍAS URGENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. RESULTADOS COMPARATIVOS CON LAS REALIZADAS EN QUIRÓFANO
67	DEFORMIDADES CRANEALES POSTURALES. ¿QUIÉN Y CÓMO SE ATIENDE A ESTOS ENFERMOS?
52	ANOMALÍAS VASCULARES DE PRESENTACIÓN NEONATAL
224	ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LAS ATRESIAS INTESTINALES EN NUESTRO MEDIO
256	UTILIDAD DE LA FETOSCOPIA DURANTE UN PROCEDIMIENTO EXIT



ID	TÍTULO
<b>C. FETAL Y NEONATAL II</b>	
252	¿CUÁNDO DEBE TERMINARSE LA GESTACIÓN DE UNA GASTROSQUISIS?
246	PROTOCOLO DE MANEJO EN LAS GASTROSQUISIS
46	EL EDEMA DE MESO COMO SIGNO ECOGRÁFICO PRENATAL DE MAL PRONÓSTICO EN GASTROSQUISIS
131	FLAP MUSCULAR ABDOMINAL EN EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA: EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO.
127	EL PAPEL DE LA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL ELECTIVA EN EL MANEJO DE LAS ATRESIAS DE ESÓFAGO CON FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA.
42	RESULTADOS DE LA MODIFICACIÓN DE LA ACTITUD ANTE LA ASEPSIA EN CIRUGÍA NEONATAL: PEQUEÑOS CAMBIOS, GRANDES RESULTADOS
245	COMPLICACIONES INTESTINALES EN EL SÍNDROME DE TRASFUSIÓN FETO FETAL (STFF)
56	LIGADURA DE LA ARTERIA SACRA MEDIA MEDIANTE LAPAROSCOPIA PREVIA A LA EXÉRESIS DE UN TERATOMA SACROCOCCÍGEO.



ID	TÍTULO
<b>C. TORÁCICA II + C. VASC.</b>	
113	RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS ESTENOSIS SUBGLÓTICAS Y TRAQUEALES ADQUIRIDAS: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA
10	EXPERIENCIA INICIAL CON ENDOPRÓTESIS BIODEGRADABLES EN LA VÍA AÉREA PEDIÁTRICA: ¿ESTAMOS MÁS CERCA DE LA PRÓTESIS IDEAL?
133	TRAUMATISMO TORÁCICO. ANÁLISIS DE RESULTADOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA
201	RIESGO ANESTÉSICO ACTUAL DE LAS MASAS MEDIASTÍNICAS ANTERIORES
109	INGESTIÓN DE CÁUSTICOS EN LA INFANCIA: NUESTRA EXPERIENCIA EN 15 AÑOS.
270	VENTILACIÓN UNIPULMONAR CON BLOQUEADOR PARA LOBECTOMÍAS EN LACTANTES. NOSOTROS LO HACEMOS ASÍ, ¿Y TÚ?
215	REPARACIÓN POR TORACOSCOPIA DE UNA HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DERECHA ASOCIADA A RIÑÓN ECTÓPICO TORÁCICO
205	TIMECTOMÍA TORACOSCÓPICA EN UN CASO DE MIASTENIA GRAVIS
207	LOS QUEBRADEROS DE CABEZA DEL ESPACIO PLEURAL
180	TRATAMIENTO MEDIANTE VIDEOLARINGOSCOPIA Y LÁSER DIODO, DE LA FÍSTULA DEL SENO PIRIFORME.
173	PRESENTACIÓN IDÉNTICA DE OSTEOLISIS ESCAPULAR EN DOS PACIENTES CON HEMANGIOENDOTELIOMA KAPOSIFORME TORÁCICO
238	USO DE LA ECOGRAFÍA EN LA COLOCACIÓN DE CATÉTERES INTRAVENOSOS EN PEDIATRÍA: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL
63	CATÉTERES CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA: UN AHORRO, UNA COMODIDAD, MUCHAS VENTAJAS.



26 & 27 de mayo de 2016

ID	TÍTULO
<b>C. GENERAL II</b>	
60	EFFECTIVIDAD DE LA CALRETININA E INFLUENCIA DE LA EDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG
69	ANO-RECTOPLASTIA ASISTIDA POR ROBOT
148	MANEJO LAPAROSCÓPICO DE HERNIA HIATAL PARAESOFÁGICA GIGANTE CON VÓLVULO GÁSTRICO CRÓNICO
204	SUPRARRENALECTOMÍA BILATERAL LAPAROSCÓPICA EN LA EDAD PEDIÁTRICA
85	HEPATICOYEYUNOSTOMÍA: UNA TÉCNICA SEGURA EN LOS QUISTES DE COLÉDOCO
96	MANEJO PERIOPERATORIO PROTOCOLIZADO DE LAS MALFORMACIONES ANORRECTALES. NUESTRA EXPERIENCIA.
226	¿QUIÉN DEBE SOLICITAR LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA EN EL NIÑO?
53	RESULTADOS FUNCIONALES EN PACIENTES POSTOPERADOS DE ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG
74	DUPLICACIÓN DEL CANAL ANAL, UNA MALFORMACIÓN RARA CON DIFERENTES PRESENTACIONES



ID	TÍTULO
<b>C. GENERAL III + C. EXP.</b>	
233	¿DEBE EVITARSE EL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN LA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO?
90	TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DEL SÍNDROME DE WILKIE
54	DUPLICACIÓN DE VESÍCULA BILIAR
136	ABSCEOS INTRAABDOMINALES POST APENDICECTOMÍA. SEIS AÑOS DE EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
244	ANTES Y DESPUÉS DE UN PROTOCOLO DE MANEJO EN LAS APENDICITIS AGUDAS
152	RECURRENCIA DE LA INVAGINACIÓN INTESTINAL NO COMPLICADA. ¿ES POSIBLE EL MANEJO AMBULATORIO?
175	ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN MALFORMACIÓN LINFÁTICA MULTIQUÍSTICA ABDOMINAL GIGANTE
44	ACTIVACIÓN DE LA VÍA JAK/STAT3 EN LESIONES ESTENÓTICAS TRAQUEALES HUMANAS.
55	ESTABLECIMIENTO DE UN MODELO PRECLÍNICO DE NEUROBLASTOMA EN RATONES INMUNOCOMPETENTES.
250	PROGRAMA DE FORMACIÓN EN TÉCNICAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS PARA RESIDENTES



ID	TÍTULO
<b>C. ONCOLÓGICA</b>	
73	HEPATOCARCINOMA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TRASPLANTES
234	TIROIDECTOMÍA PROFILÁCTICA EN MUTACIÓN DEL PROTOONCOGÉN RET
6	SCHWANNOMA MELANOCITICO GASTROINTESTINAL COMO ORIGEN DE MASA ABDOMINAL
21	RABDOMIOSARCOMA EMBRIONARIO COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO.
129	VISIÓN DEL CIRUJANO PEDIÁTRICO FRENTE A LA PUBERTAD PRECOZ SECUNDARIA A PATOLOGÍA TUMORAL
20	DEBUT ATÍPICO DE NEUROBLASTOMA ESTADIO 4S



## C. UROLÓGICA I

ID: 32 Oral 5 minutos

### ENDOPIELOTOMÍA CON BALÓN DE CORTE EN EL TRATAMIENTO DE LAS ESTENOSIS PIELOURETERALES CONGÉNITAS EN LACTANTES

*Pérez Egido, Laura; Angulo, José María; Parente, Alberto; Burgos, Laura; Ortiz, Rubén; De Agustín, Juan Carlos*

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

#### **Objetivos:**

El objetivo de este estudio es analizar los resultados de la endopielotomía retrógrada con balón de corte para el tratamiento de las EPU congénitas en lactantes

#### **Material y métodos:**

Utilizamos como primera opción terapéutica la dilatación endoscópica retrógrada con balón de alta presión bajo control radioscópico en niños <18 meses con diagnóstico de EPU. La endopielotomía con balón de corte de 5mm fue reservada para aquellos casos en los que la muesca en el balón de alta presión persistió tras la dilatación. Se han analizado los resultados de las pruebas de imagen antes y después de la intervención.

#### **Resultados:**

Se analizó retrospectivamente a los lactantes tratados con endopielotomía con balón de corte entre 2009-2014. Fueron tratados dieciséis pacientes. El tiempo operatorio medio fue de  $32 \pm 12$  minutos (media  $\pm$  DE) y la estancia hospitalaria fue de 24 horas en todos los pacientes. No hubo complicaciones intraoperatorias y un paciente presentó una infección del tracto urinario en el postoperatorio precoz. A los 6 meses del tratamiento se ha observado una disminución del diámetro antero-posterior de la pelvis renal ( $p < 0.05$ ), un aumento de la cortical renal ( $p < 0.05$ ) y una mejoría en las curvas de eliminación del renograma diurético ( $p < 0.05$ ). Todos los pacientes permanecen asintomáticos y solamente un paciente requirió reintervención.

#### **Conclusiones:**

Creemos que la endopielotomía con balón de corte podría ser una opción válida y segura en el tratamiento mínimamente invasivo de rescate de la obstrucción de la UPU en lactantes.



ID: 199 Oral 5 minutos

## OBSTRUCCIÓN DE LA UNIÓN PIELOURETERAL SECUNDARIA A ESTENOSIS PARCIAL DE LA UNIÓN URETEROVESICAL

*Rico Espiñeira, Clara; Rodríguez de Alarcón Gómez, Jorge; Souto Romero, Henar; Espinoza Vega, Manuel; De Lucio Rodríguez, Marta; Riñón Pastor, Cristina; Arteaga García, Rafael; Ollero Fresno, Juan Carlos*

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

### **Objetivos:**

Describir nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la obstrucción de la unión pieloureteral (OPU) y desarrollar una hipótesis sobre el mecanismo fisiopatológico subyacente a nivel de la unión ureterovesical.

### **Material y métodos:**

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes tratados en nuestro centro entre 2009-2015. Mediante revisión de historias clínicas se registraron los datos epidemiológicos, estudios diagnósticos y tratamientos practicados.

### **Resultados:**

Nuestro centro trata la uropatía obstructiva con procedimientos endourológicos como primera opción. En el periodo de estudio se trataron 93 pacientes de OPU, con media de edad 20.4 meses (rango 5-76), siendo varones 65/93 (69%). En 7 pacientes (7.5%) se observó durante el procedimiento el ostio ureteral ipsilateral a la OPU de pequeño calibre, dificultando la tutorización ureteral. La pielografía retrógrada mostró pelvis extrarrenal aumentada y redundante con acodamiento a nivel de la unión pieloureteral, sin evidencia de estenosis. Se realizó dilatación neumática de la unión ureterovesical y colocación de catéter doble J. A un paciente se le había realizado pieloplastia bilateral en otro centro, pasando por alto la obstrucción ureterovesical. Los controles posteriores mostraron renograma normal en tres pacientes. Cuatro pacientes requirieron cirugía de remodelado de la pelvis renal, por renograma obstructivo persistente debido al acodamiento de la unión pieloureteral.

### **Conclusiones:**

Una unión ureterovesical de pequeño calibre favorece la dilatación progresiva de la pelvis renal causando el acodamiento de la unión pieloureteral y dando lugar a un comportamiento obstructivo de la misma. El abordaje cistoscópico como primera opción terapéutica de la EPU permite diagnosticar estos casos que de otro modo pasarían inadvertidos.



ID: 171 Oral 5 minutos

## APLICACIÓN RETROSPECTIVA DE LOS CRITERIOS DEL BORRADOR UMBRELLA-SIOP PARA NEFRECTOMÍA PARCIAL Y LAPAROSCÓPICA EN TUMORES RENALES UNILATERALES

*Jiménez Arribas, Paula 1; Guillén Burrieza, Gabriela 1; Coma Muñoz, Ana 2; Molino Gahete, José Andrés 1; López Fernández, Sergio 1; Aguilera Pujabet, Montserrat 1; Lloret Roca, Josep 1*

1 Servicio de Cirugía Pediátrica. Unidad de Cirugía Oncológica Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron; 2 Servicio de Radiología. Unidad de Radiología Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

### Material y métodos:

Estudio retrospectivo (2005-2015) de los pacientes pediátricos intervenidos por tumores renales unilaterales en un centro terciario. Las imágenes preoperatorias fueron valoradas de acuerdo a los criterios propuestos en el borrador del protocolo por un radiólogo y un cirujano pediátrico de referencia en tumores renales. La adecuación de los resultados se analizó posteriormente de acuerdo a los hallazgos anatomopatológicos finales.

### Resultados:

Se analizaron las historias de 36 pacientes. Identificamos inicialmente 9 (25%) casos con criterios de NP, 8 (22,2%) de NL y 3 (8,3%) para ambas. Tras descartar los pacientes con histología de nefroblastoma alto riesgo, nefroblastomas estadio III no debidos a rotura quirúrgica y metastásicos, y dado que en los pacientes con criterios para ambas técnicas es preferible la NP, las cifras finales son: NP 5 (13,8%) y NL 4 (11%).

Aplicando la prueba exacta de Fisher con estimación de intervalos de confianza mediante el método de Newcombe se calculó el número de pacientes anuales que es necesario tratar para que un paciente sea tributario de NP=7 y para NL=9.

### Conclusiones:

Por su baja frecuencia, la NP y NL deberían limitarse a centros de referencia que acumulen suficiente casuística para garantizar unas tasas de curación similares a las actuales. La selección de pacientes podría optimizarse mediante biopsia preoperatoria y centralización de la radiología, detectando histologías desfavorables y estadios localmente avanzados.

ID: 187 Oral 5 minutos

## CISTOPLASTIAS DE AUMENTO EN EDAD PEDIÁTRICA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE NUESTRA SERIE Y RESULTADOS DE LOS TEST ICIQ- SF DE INCONTINENCIA URINARIA Y SF- 36 DE CALIDAD DE VIDA

*Alonso Arroyo, Verónica 1; Cienfuegos Belmonte, Irene 1; Antón Eguía, Beatriz 1; Cadaval Gallardo, Carlos 1; Cabarcas Maciá, Laura 1; Barrero Candau, Rafael 1; Pérez Bertólez, Sonia 1; Tuduri Limousin, Íñigo 2; Maestre, María Victoria 1; García Merino, Francisco 1*

1 Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla; 2 Hospital de Cruces. Bilbao.

### **Objetivos:**

Evaluar nuestra serie de cistoplastias de aumento: resultados urodinámicos; complicaciones a corto, medio y largo plazo; y calidad de vida.

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo y descriptivo de las cistoplastias de aumento de nuestra Unidad desde 1994 hasta 2014: variables clínicas, quirúrgicas y urodinámicas; y test ICIQ- SF de incontinencia urinaria y SF- 36 de calidad de vida.

### **Resultados:**

31 cistoplastias de aumento con empleo de sigma. 54.8% varones, mediana de edad 11 años (9-13). 64,51% vejiga neurógena, 32,25% extrofia vesical y 0,31% valvas de uretra posterior. Indicaciones: daño del tracto urinario superior (TUS) (48.4%), incontinencia urinaria irresoluble (25.8%) o capacidad vesical ínfima (25.8%). Mitrofanoff en 9 casos e implantación de esfínter urinario en otros 9.

Se analizaron parámetros urodinámicos pre y postquirúrgicos en 16 pacientes: mediana de aumento de capacidad vesical post-cirugía 207 cc, mediana de reducción de presión vesical de escape 7 cmH<sub>2</sub>O.

Complicaciones tras mediana de seguimiento de 14 años (7-17): ITU recurrente (25.8%), litiasis vesicales (19.3%), problemas de esfínter artificial (12.9%), alteración de función renal (12.9%) (2 trasplantes renales), fístula (0,31%) y estenosis del estoma (0,31%). 18/31 fueron entrevistados telefónicamente. Puntuación 0 en 11/ 18 en el test ICIQ- SF de incontinencia urinaria. Las 8 dimensiones incluidas en el cuestionario SF-36 de calidad de vida fueron inferiores a la población general del mismo sexo y edad (diferencias significativas).

### **Conclusiones:**

La cistoplastia de aumento con empleo de sigma parece evitar daño del TUS, mejorar parámetros urodinámicos y de continencia en disfunción vesical severa.

ID: 158 Vídeo 5 minutos

## PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA TRANSMESOCÓLICA

*Hernández Anselmi, Esperanza 1; Kuebler, Joachim F 2; Fernández Córdoba, Maria Soledad 1; Ramírez Piqueras, María 1; Moratalla Jareño, Tania 1; Argumosa Salazar, Yrene 1; Marijuán Sahuquillo, Verónica 1; Fernández Ibieta, María 3; Sanchez Eixeres, Rosa 1*

1 Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2 Hannover Medical School; 3 Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

### Objetivos:

Ilustrar el abordaje de la pelvis renal por vía transmesocólica en el contexto de una pieloplastia laparoscópica.

### Material y métodos:

Presentamos el caso clínico de una adolescente de 12 años con diagnóstico de estenosis pieloureteral izquierda intervenida por vía laparoscópica transmesocólica

### Resultados:

Se coloca a la paciente en decúbito supino con elevación del lado izquierdo 45° de la horizontal y se fija en esta posición para evitar su desplazamiento. Se accede a la cavidad abdominal a través de 3 puertos (5 mm umbilical para la óptica, 3 mm hipocondrio y flanco izquierdos), girando la mesa 45° a la derecha el cuerpo queda en ángulo recto con la horizontal consiguiendo una mejor exposición del riñón. Mediante la apertura del meso del colon se accede a la pelvis renal dilatada, incidiendo la misma para posteriormente realizar la pieloplastia laparoscópica a puntos sueltos de Vicryl 5/0. Durante la intervención resulta útil la tracción de la pelvis renal con una sutura transparietal. En este caso se tutorizó la anastomosis con catéter de nefrostomía percutáneo, introducido a través de uno de los trócares con ayuda de un dispositivo de fabricación casera. Tras finalizar la pieloplastia se cierra el mesocolon con sutura continua. La evolución fue satisfactoria con alta a las 48 horas de postoperatorio y retirada ambulatoria de la nefrostomía a la semana de la intervención.

### Conclusiones:

En casos con anatomía favorable (pelvis renal dilatada protruyendo a través del mesocolon), el abordaje transmesocólico de la pelvis renal evita la movilización del colon, disminuyendo el tiempo quirúrgico sin aumentar la morbilidad.



ID: 253 Oral 3 minutos

## ISQUEMIA POST-CIRCUNCISIÓN, UNA COMPLICACIÓN INESPERADA. REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Cárdenas Elías, Miguel Ángel; Vázquez Rueda, Fernando; Jiménez Crespo, Victoria; Siu Uribe, Ariadna; Murcia Pascual, Francisco Javier; Betancourth-Alvarenga, José Eduardo; Paredes Esteban, Rosa María*

Centros: Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

### **Objetivos:**

La circuncisión, aunque es un procedimiento quirúrgico frecuente y común en niños, no está totalmente libre de complicaciones. Las complicaciones isquémicas post-circuncisión son aún más raras y generalmente debidas a la administración de anestésicos locales vasoconstrictores. Son pocos los casos publicados en la literatura. Presentamos el manejo y tratamiento de la isquemia del glande postcircuncisional.

### **Material y métodos:**

Paciente atendido en nuestro centro por presentar isquemia del glande en su totalidad, tras circuncisión y bloqueo del nervio dorsal peneano (BNDP). Revisión y análisis de los casos publicados en la literatura en los últimos 10 años.

### **Resultados:**

Paciente de 10 años de edad sometido a circuncisión y BNDP, que presenta a las dos horas de la intervención signos de isquemia peneana sin otra sintomatología. La ecografía demuestra débil flujo de la arteria peneana con empeoramiento progresivo. A las 24 horas se inicia tratamiento con pentoxifilina (PTX) que se mantuvo 6 días, testosterona tópica y bloqueo caudal (durante 48 horas), observando mejoría a las pocas horas y resolución total a los 6 días.

Analizamos 9 casos descritos en la literatura en pacientes en edad pediátrica, en 7 casos (77,7%) recibieron BNDP. Se analizan las características de estos pacientes, la etiología de la isquemia, manejo y tratamiento.

### **Conclusiones:**

La IPC es una complicación inusual y la BNDP parece ser la causa más frecuente. Se dispone de diferentes opciones terapéuticas para el manejo pero ninguna protocolizada.



ID: 191 Oral 3 minutos

## SÍNDROME DE LA UNIÓN URETEROPÉLVICA. ¿LA PIELOPLASTIA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA MEJORA LOS RESULTADOS?

*Deltell Colomer, Patricia; Albertos Mira-Marcelí, Nuria; Gallego Mellado,, Natalia; Kuan Argüello, María Esmeralda; Alcaráz Jimenéz, Pedro; González Piñera, Jerónimo*

Hospital General Universitario de Alicante.

### **Objetivos:**

Síndrome de la unión ureteropélvica, obstrucción al flujo urinario de la pelvis renal al uréter proximal. La corrección quirúrgica no siempre mejora la función renal de estos pacientes. Los datos disponibles sobre los resultados funcionales y los factores que influyen en la recuperación son controvertidos. El objetivo de nuestro estudio es comparar los resultados de la cirugía en función de la edad de nuestros pacientes.

### **Material y métodos:**

Se ha realizado una revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos en nuestro hospital durante 2010-2015 por síndrome de la unión ureteropélvica.

### **Resultados:**

Se han dividido los pacientes en dos grupos: grupo 1, la pieloplastia se realizó el primer año de vida, y grupo 2, mayores de un año en la intervención. Hemos analizado, el diámetro anteroposterior (DAP) de la pelvis renal, así como la función renal y el tiempo de vida media de eliminación, tanto pre como postquirúrgicos, sin encontrar diferencias estadísticas entre ambos grupos de edad. También se ha analizado el parénquima renal, siendo en el preoperatorio de 4,7mm en el grupo 1 y de 6,8mm en el grupo 2, sin diferencias entre ambos grupos. Mientras que en el postoperatorio, la media ha resultado de 7,4mm el grupo 1 y 13,5mm el grupo 2, obteniendo una mejor recuperación del parénquima renal en el grupo 2 ( $p=0,06$ ).

### **Conclusiones:**

Son necesarios estudios prospectivos, con mayor número de pacientes, para recomendar el periodo de observación en las hidronefrosis durante el primer año de vida. Sin embargo, en nuestra experiencia, la intervención quirúrgica durante este periodo no mejora los resultados.



ID: 214 Oral 3 minutos

NEFRECTOMÍAS EN RIÑÓN NO FUNCIONANTE, ¿CUÁNDO, CÓMO Y CUÁLES SON NUESTROS RESULTADOS?

*Estors Sastre, Blanca; Hernández Calvarro, Ana Edith; Calleja Aguayo, Elena; Lumbreras, Javier; Rodrigo, M. Dolores; Marhuenda Irastorza, Claudia*

Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.

### **Objetivos:**

Presentar nuestra experiencia en el manejo quirúrgico del riñón poco o no funcional, revisando las indicaciones de nefrectomía y sus resultados a largo plazo.

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de nefrectomía en nuestro centro entre los años 2010 y 2014. Se revisaron sus historias clínicas y se recogieron una serie de variables sociodemográficas y clínicas, prestando especial atención a la resolución o no de la sintomatología que motivó la cirugía.

### **Resultados:**

Realizamos un total de 18 nefrectomías. La edad media fue de 6,5 años (11 meses - 15 años). La indicación de cirugía se realizó por infecciones del tracto urinario (ITU) de repetición en 7 casos, hipertensión arterial (HTA) en 5, dolor en 2, aumento de tamaño en 2 y dificultad para el seguimiento en otros 2 pacientes. La nefrectomía se realizó vía laparoscópica en 16 casos y abierta en 2. La estancia media fue de 48 horas. La tasa de complicaciones fue del 5,55% tanto intraoperatoriamente (1 caso de sangrado) como postoperatoriamente (1 caso de enfisema subcutáneo). En todos los casos se objetivó resolución de la sintomatología salvo en 2, un paciente que presentó ITU y el otro HTA persistente.

### **Conclusiones:**

La nefrectomía es un procedimiento seguro en niños con una tasa baja de complicaciones. La selección adecuada de los casos y un correcto estudio multidisciplinar previo son aspectos fundamentales para obtener buenos resultados clínicos y evitar complicaciones postoperatorias.



ID: 228 Póster presentado

## URETEROCISTOPLASTIA DE AUMENTO MEDIANTE ABORDAJE MINIMAMENTE INVASIVO COMO CIRUGÍA PRE-TRANSPLANTE RENAL

*Cabarcas Maciá, Laura 1; Alonso Arroyo, Verónica 1; Pérez Bertólez, Sonia 1; Barrero Candáu, Rafael 2; García Merino, Francisco 1*

1 Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla; 2 Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

### **Objetivos:**

Exponer el caso de una paciente sometida a nefrectomía retroperitoneoscópica y ureterocistoplastia de aumento como abordaje mínimamente invasivo para aumentar la capacidad vesical previa a trasplante renal.

### **Material y métodos:**

Mujer de 13 años con insuficiencia renal grado V secundaria a vejiga neurógena e infecciones urinarias de repetición, con dilatación del tracto urinario superior e incontinencia urinaria continua, en quien se practica una nefrectomía izquierda retroperitoneoscópica y ureterocistoplastia de aumento mediante mini-Pfannenstiel.

### **Resultados:**

La intervención quirúrgica y el postoperatorio transcurren sin incidencias. Tras 6 meses de seguimiento no presenta infecciones urinarias y aumenta más de cuatro veces su capacidad vesical (de 80 ml a 350 ml); realiza micciones cada 3 horas sin incontinencia diurna o nocturna y logra ser incluida en lista de espera para trasplante renal.

### **Conclusiones:**

La ureterocistoplastia mediante abordaje mínimamente invasivo representa una excelente opción terapéutica para aumentar la capacidad vesical, mejorar la calidad de vida, disminuir el riesgo de infecciones urinarias y formación de litiasis, y en definitiva, mejorar las condiciones del receptor previo a un trasplante renal.



ID: 18 Póster presentado

## CÁLCULOS CORALIFORMES TRATADOS CON LEOC: ¿ES REALMENTE NECESARIA LA CATETERIZACIÓN URETERAL PRE-SESIÓN EN NIÑOS?

*Fernández García, Laura 1; Bujons Tur, Anna 2; Caffaratti Sfulcini, Jorge 2; Durán, Andrea 3; Valls Martínez, Teresa 4; Villavicencio Mavric, Humberto 2*

1 Hospital Universitario Central de Asturias; 2 Fundación Puigvert; 3 Hospital Clínico Universitario de Valencia; 4 Complejo Hospitalario de Navarra.

### Objetivos:

Estudiar la efectividad de la LEOC en el tratamiento de la litiasis coraliforme en pediatría, las posibles complicaciones derivadas de esta técnica y valorar la necesidad de cateterización ureteral previa a la sesión.

### Material y métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo de 44 pacientes menores de 10 años con litiasis coraliforme o pseudocoraliforme tratados mediante LEOC en nuestro centro

### Resultados:

La edad media en la primera sesión de tratamiento fue de 3.8 años, suponiendo los menores de 5 años un 68.2 % de los pacientes. La media del número total de cálculos al diagnóstico fue de 1.73, presentándose litiasis única en un 54.5% de los casos. La composición química más frecuente de los cálculos analizados fue la apatita (47.7%) seguida de la estruvita (34.1%). Un 54.5% de los pacientes presentaban urinocultivo positivo para Proteus.

El 50 % de los pacientes presentaban un estudio metabólico normal, y en la mitad restante la alteración más frecuente resultó ser la hipercalciuria (15.9%) La tasa de stonefree fue del 65,9% de los pacientes y la media de sesiones necesarias por cálculo de 1.77.

El 61,4% de los pacientes no presentaron complicaciones. Sólo 3 pacientes presentaron una calle litiásica sintomática tras la sesión y sólo 2 de ellos (4,5%) precisaron colocación de catéter ureteral para desobstruir la vía urinaria.

### Conclusiones:

La LEOC es un tratamiento poco invasivo y efectivo para el tratamiento de los cálculos coraliformes en los pacientes pediátricos.

Debido a las pocas complicaciones en nuestra serie la cateterización ureteral pre-tratamiento no está justificada para nosotros aunque serían necesarios más estudios randomizados prospectivos.



## CIRUGÍA GENERAL I

ID: 13 Oral 5 minutos

¿EXISTE EL PACIENTE IDEAL PARA LA APENDICECTOMÍA TRANSUMBILICAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA?

*Siles Hinojosa, Alexander; Bragagnini Rodríguez, Paolo; Fernández Atuán, Rafael; Álvarez García, Natalia; González Ruíz, Yurema; Elías Pollina, Juan; Gracia Romero, Jesús*

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

### Objetivos:

Identificar los factores que influyen en la morbilidad postoperatoria en pacientes intervenidos mediante TULAA (Transumbilical laparoscopic assisted appendectomy).

### Material y métodos:

Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos mediante TULAA en nuestro centro entre 2007-2014. Se incluyeron las variables: localización del apéndice, reconversiones, tipo de apendicitis, tiempo quirúrgico y complicaciones. Se utilizó t de Student y chi-cuadrado para el análisis estadístico.

### Resultados:

Se analizó un total de 111 apendicectomías TULAA. Tiempo quirúrgico medio 79 minutos (45-150). El 90% de pacientes tenían apendicitis simple y 10% apendicitis complicada. En 35.13% casos se utilizaron trócares adicionales, cuando el apéndice se posicionaba de forma atípica ascendió al 89.5% de casos, mientras que cuando el apéndice se encontró en posición típica este dato disminuía al 25.9% ( $p<0,05$ ). Se reconvirtió en un 6.3% de casos, con apéndice en posición atípica es del 20.8% en comparación al 2.3% de casos con el apéndice posicionado de forma habitual ( $p<0,05$ ). Se encontró un 3.6% de casos con infección de herida quirúrgica explicada por perforación iatrogénica en la maniobra de extracción del apéndice ( $p<0,05$ ). Todos los apéndices perforados en la maniobra de extracción se trataban de apendicitis complicadas.

### Conclusiones:

La posición anómala del apéndice se relaciona de forma significativa con la necesidad de colocación de trócares adicionales o reconversión a cirugía abierta. Consideramos esta técnica ideal en los casos de localización anterior del apéndice y en apendicitis no complicadas.



ID: 80 Oral 5 minutos

SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WUNDERLICH: UN SÍNDROME INFRADIAGNOSTICADO.

*Pemartín Comella, Beatriz 1; Capparelli, Mauro 2; Bailez, María Marcela 3*

1 Hospital Universitario y Politécnico La Fe; 2 Hospital JP Garrahan; 3 Hospital JP Garrahan. Buenos Aires (Argentina).

### **Objetivos:**

Análisis de un grupo de pacientes con síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich, remarcando la importancia del conocimiento de esta patología por el cirujano pediátrico.

### **Material y métodos:**

Estudio prospectivo de 42 pacientes con síndrome de Wunderlich, asistidas entre 1993 y 2014. Evaluamos edad de menarquia, sintomatología, tiempo entre menarquia y diagnóstico, antecedentes quirúrgicos, metodología diagnóstica, tratamiento quirúrgico, complicaciones y evolución. El tratamiento quirúrgico consistió en resección del tabique vaginal, asociando laparoscopia para evaluar la presencia de endometriosis y la permeabilidad de las trompas afectadas.

### **Resultados:**

La edad media de la menarquia fue 11 años (DS 1,5 años). La mediana de tiempo entre la menarquia y el diagnóstico fue 19 meses (1-60 meses). Los síntomas predominantes fueron dolor en el 70.5%, flujo vaginal el 25% y tumor en el 13%. Catorce pacientes (31,8%) fueron sometidos a cirugías innecesarias. Solo se evidenció endometriosis en una paciente. Las complicaciones fueron sangrado en 2 pacientes y absceso en otros dos. Tras la intervención todas presentan menstruaciones normales sin evidencia de obstrucción. Seis pacientes refieren actividad sexual sin dispareunia y una cursó un embarazo sin complicaciones.

### **Conclusiones:**

El Síndrome de Wunderlich es poco conocido con una variada presentación clínica. La falta de sospecha de la misma puede derivar en intervenciones innecesarias e incluso reintervenciones. El conocimiento y sospecha de este síndrome por el cirujano infantil son fundamentales para lograr un abordaje quirúrgico adecuado. La resección del tabique vaginal asociado a la exploración laparoscópica de la cavidad abdominal, permite el desarrollo de una actividad sexual normal y en muchos casos un embarazo a término.



ID: 209 Oral 5 minutos

## OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN APENDICECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS

*Aneiros Castro, Belén; Cano Novillo, Indalecio; García Vázquez, Araceli; Tordable Ojeda, Cristina; Carrillo Arroyo, Isabel; Benavent Gordo, María Isabel; Gómez Fraile, Andrés*

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

### **Objetivos:**

Estudiar las características y el manejo de los pacientes pediátricos con obstrucción intestinal tras apendicectomía laparoscópica.

### **Material y métodos:**

Se realizó un estudio retrospectivo de las apendicectomías laparoscópicas realizadas entre el 2000 y el 2013 en cirugía pediátrica. El diagnóstico de obstrucción fue establecido mediante datos clínicos y radiografía abdominal. Se empleó el software STATA para el análisis estadístico.

### **Resultados:**

De los 1734 casos incluidos en el estudio, 20 pacientes (1.15%) presentaron obstrucción intestinal. La edad media de los pacientes fue de 8.06 +/- 3.7 años. El 74.2% eran varones y el 25.8% mujeres. Se hallaron 12 pacientes con obstrucción intestinal en el postoperatorio mediato, 8 en el postoperatorio tardío y 3 en ambos períodos. Todos los pacientes con obstrucción intestinal en el postoperatorio mediato recibieron tratamiento quirúrgico. En un 50% se realizó abordaje laparoscópico y en un 50% abordaje abierto. El 66.6% presentaban absceso intraabdominal. De los 8 pacientes obstruidos en el postoperatorio tardío, 7 pacientes recibieron tratamiento conservador y 1 paciente tratamiento quirúrgico mediante abordaje abierto. Todos los pacientes que presentaron obstrucción en ambos períodos fueron intervenidos mediante abordaje abierto en el período mediato.

### **Conclusiones:**

La obstrucción intestinal tras la apendicectomía laparoscópica es una complicación poco frecuente. Al igual que los estudios más recientes de la literatura, nuestros datos apoyan que el abordaje laparoscópico en las apendicectomías disminuye la incidencia de obstrucción intestinal. También el tratamiento de esta complicación se puede realizar mediante laparoscopia en casos seleccionados.



ID: 236 Vídeo 5 minutos

**HERNIORRAFIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA POR UN PUERTO EN NIÑAS. TÉCNICA DE LA INVERSIÓN Y COAGULACIÓN: BURNIA.**

*Carazo Palacios, María Elena 1; Puentes, María Consuelo 2; Godoy Lenz, Jorge 3*

1 Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia; 2 Hospital San Juan de Dios. Santiago de Chile; 3 Clínica las Condes. Santiago de Chile.

### **Objetivos:**

Presentar una nueva técnica para el tratamiento laparoscópico de la hernia inguinal indirecta en pacientes pediátricos de sexo femenino. Evaluar los resultados a corto plazo de este procedimiento.

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo de las pacientes intervenidas con el procedimiento de Burnia desde Agosto 2010 hasta Agosto 2015.

### **Técnica:**

El procedimiento Burnia consiste en la realización del neumoperitoneo utilizando la aguja de Veress transumbilical. Posteriormente, se introduce una sonda 8 French para insuflar el gas CO<sub>2</sub>. De forma paralela a dicha sonda, se introduce una óptica de 4-5 mm (sin trócar) y un grasper laparoscópico de 3 mm. Con el grasper se tracciona el fondo del saco herniario y se invagina dentro de la cavidad abdominal. Bajo visión directa se electrocoagula hasta que el orificio inguinal profundo se sella completamente. Se explora el canal inguinal contralateral. La intervención termina con el cierre de la incisión umbilical.

### **Resultados:**

Se han realizado un total de 26 herniorrafias en 18 pacientes con una mediana de edad de 4 años (2 meses-18 años). Durante la laparoscopia se evidenció persistencia del conducto peritoneovaginal contralateral en 8 pacientes (44%), 4 (22%) tenían diagnóstico de hernia inguinal bilateral. No hubo complicaciones en el postoperatorio inmediato.

Se realizó una encuesta telefónica confirmando ausencia de recidiva en todos los casos y un resultado cosmético satisfactorio. Mediana de seguimiento de 28 meses (5-65 meses)

### **Conclusiones:**

Este procedimiento asoma como una alternativa terapéutica segura, económica y reproducible para el tratamiento de la hernia inguinal indirecta en niñas. Se requiere de un mayor número de pacientes y un seguimiento más prolongado.



ID: 9 Oral 3 minutos

## EVOLUCIÓN DE LA ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DE PÍLORO: EL TAMAÑO SÍ IMPORTA

**González Ruiz, Yurema 1; Siles Hinojosa, Alexander; Álvarez García, Natalia 1; Fernández Atuán, Rafael 1; Bragagnini Rodríguez, Paolo 2; Elías Pollina, Juan 1**

1 Hospital Universitario Miguel Servet; 2 Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

### **Objetivos:**

Analizar la relación entre el tamaño del píloro y la evolución de los pacientes intervenidos de estenosis hipertrófica de píloro (EHP).

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo de 109 pacientes intervenidos de EHP en 5 años. Se analiza mediante la prueba del Chi-cuadrado si existe relación entre las horas de evolución, la edad y los vómitos y reflujo gastroesofágico (RGE) postoperatorios, con el grosor muscular pilórico (grupo A >4,5 mm y grupo B <4,5 mm) y la longitud del canal pilórico (grupo A >20 mm y grupo B <20 mm).

### **Resultados:**

Existe una relación estadísticamente significativa entre el mayor tiempo de evolución (>48 h) y la longitud del píloro  $\geq 20$  mm y entre la edad (>30 días) y el grosor muscular  $>4,5$  mm, con una  $p=0,022$  y  $p=0,009$ , respectivamente. Así mismo, de los 109 pacientes, el 38'5% presentó algún vómito durante los 2 días posteriores a la intervención y el 13'8% presentó RGE durante un tiempo medio de 8'27 meses [1-12 meses], demostrándose que existe relación entre una longitud pilórica  $\geq 20$  mm y la presencia de vómitos postoperatorios, siendo estadísticamente significativo ( $p=0'007$ ). No se ha observado una relación estadísticamente significativa entre el grosor y la longitud del píloro con el RGE.

### **Conclusiones:**

Se ha observado que existe relación entre una longitud del canal pilórico  $\geq 20$  mm y los vómitos postoperatorios, sin embargo, no se ha observado relación con el grosor de la musculatura pilórica. Un mayor tiempo de evolución y una edad >30 días están relacionados con la longitud  $\geq 20$  mm y el grosor muscular  $>4,5$  mm, respectivamente.



ID: 229 Oral 3 minutos

## ADRENALECTOMÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA: VENTAJAS DEL ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO

*Rodríguez Iglesias, Patricia; Gómez-Chacón, Javier; Rodríguez Caraballo, Lucía; Ortolá Fortes, Paula; Cortés Sáez, Jorge; Marco Macián, Alfredo*

Hospital Universitari i Politècnic la Fe. Valencia.

### **Objetivos:**

Describir nuestra experiencia en el uso de la laparoscopia para la exéresis de lesiones adrenales en la edad pediátrica.

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo de pacientes con lesiones adrenales intervenidos en nuestro centro mediante laparoscopia, en los últimos 3 años. Se estudiaron variables epidemiológicas, técnica quirúrgica, complicaciones y seguimiento.

### **Resultados:**

Se recogieron 7 pacientes. La mediana de edad fue de 14 meses con un rango entre 5 y 184 meses. En 4 pacientes (57%) existía un diagnóstico prenatal de masa suprarrenal; dos debutaron como hallazgo incidental y el otro con hipertensión e insuficiencia renal. En 4 pacientes la lesión se situó en el lado derecho y en tres en el izquierdo. La intervención se realizó por vía laparoscópica con el paciente en decúbito lateral y mediante 3 ó 4 puertos. En un paciente se convirtió por mala visión en el campo quirúrgico. No se produjeron complicaciones intra ni postoperatorias. La media del tiempo quirúrgico fue de 182 minutos.

La mediana de la estancia hospitalaria fue de 3 días (rango 2-5). El dolor posoperatorio fue controlado con analgésicos del primer escalón.

Los diagnósticos confirmados por anatomía patológica fueron: dos ganglioneuomas maduros, dos neuroblastomas, un quiste broncogénico, un secuestro pulmonar y un adenoma. Actualmente, los pacientes están asintomáticos. La mediana de seguimiento fue de 19 meses (4-40).

### **Conclusiones:**

La vía laparoscópica es un abordaje seguro en pediatría, con una precoz recuperación y mínima estancia hospitalaria.





26 & 27 de mayo de 2016

congresocirugiapediatrica2016@azulcongresos.com

ID: 114 Oral 3 minutos

## DESCONEXIÓN ESÓFAGO-GÁSTRICA COMO TRATAMIENTO DE RESCATE EN REFLUJO GASTROESOFÁGICO

*Vilanova, Alejandra; Sánchez Galán, Alba; Romo, Martha I; Dore, Mariela; Hernández Oliveros, Francisco; Hernández Oliveros, Francisco; López Santamaría, Manuel*

Hospital La Paz. Madrid.

### **Objetivos:**

La desconexión esófago-gástrica (DEG) es una técnica de rescate empleada en pacientes con recidiva tras intervenciones antirreflujo convencionales. Su uso es controvertido y las indicaciones no han sido claramente definidas.

Presentamos la experiencia en nuestro centro en los últimos 10 años.

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes intervenidos de DEG, analizando: edad, enfermedad de base, tratamiento previo, complicaciones y resultado postoperatorio.

### **Resultados:**

Se intervinieron 4 pacientes. La edad a la intervención fue de 1,5, 11 y 15 años respectivamente. Las causas del reflujo: Microgastria secundaria a necrosis en periodo neonatal, atresia de esófago con atresia duodenal, hernia diafragmática congénita y reflujo gastroesofágico grave. En todos los pacientes se realizaron al menos 2 técnicas antirreflujo que resultaron fallidas. Todos los pacientes presentaban marcada sintomatología con compromiso respiratorio grave, retraso ponderoestatural y alteración de la calidad de vida. Tras la intervención en todos los pacientes desaparecieron los síntomas respiratorios. Uno de los pacientes presentó una evisceración en el postoperatorio inmediato. En todos los casos se dejó sonda de gastrostomía en el momento de la desconexión. Ninguno presentó malabsorción. Todos salvo uno han alcanzado autonomía por vía enteral.

### **Conclusiones:**

La DEG es una cirugía compleja y agresiva, sin embargo, ha demostrado ser útil en casos seleccionados en los que las técnicas antirreflujo habituales han fallado.



ID: 123 Vídeo 3 minutos

## GASTROPEXIA LAPAROSCÓPICA EN VÓLVULO GÁSTRICO ORGANOAXIAL DE EVOLUCIÓN CRÓNICA.

*Murcia Pascual, Francisco Javier; Garrido Pérez, José Ignacio; Betancourth Alvarenga, Josué Eduardo; Jiménez Crespo, Victoria; Paredes Esteban, Rosa María*

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba;

### **Objetivos:**

El vólvulo gástrico de evolución crónica se trata de una condición rara en la edad pediátrica, caracterizado por una rotación de más de 180 grados sobre su propio eje. Presentamos el tratamiento quirúrgico de un vólvulo gástrico mediante gastropexia laparoscópica.

### **Material y métodos:**

Lactante de 7 meses de vida en estudio por vómitos recurrentes tras las tomas y pérdida ponderal de dos meses de evolución. No presenta mejoría clínica tras tratamiento dietético y farmacológico.

Se realiza radiografía de tórax y ecografía abdominal sin hallazgos significativos. Impedanciometría que descarta reflujo gastroesofágico. Estudio endoscópico que muestra esofagitis moderada inespecífica. Finalmente se realiza tránsito esofagogastrointestinal que evidencia estómago horizontalizado, con curvatura mayor localizada por encima de curvatura menor, coincidiendo antro y fundus en el mismo plano craneocaudal.

### **Resultados:**

Con el diagnóstico de vólvulo gástrico organoaxial se decide intervención quirúrgica laparoscópica, evidenciándose estómago de gran tamaño y laxitud, con ausencia de fijación gastroesplénica y gastrocólica, además de horizontalización gástrica.

Se introducen 5 puertos de entrada, con el paciente en posición de antitrendelemburg para la realización de la técnica quirúrgica laparoscópica. Comenzamos con esofagocardiopexia, con el objetivo de evitar la apertura del ángulo de His, inducida por los dos pasos siguientes de la gastropexia gástrica; y a continuación, frenofundopexia y gastropexia anterior.

### **Conclusiones:**

El vólvulo gástrico se trata de una entidad con elevada morbimortalidad. La mayoría de los autores recomiendan tratamiento quirúrgico para evitar futuras recurrencias y complicaciones. La técnica laparoscópica aporta beneficios a pesar de incrementar complejidad técnica, sobre todo teniendo en cuenta la edad del paciente.



ID: 134 Vídeo 3 minutos

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA CRURAL EN EL NIÑO.

*Sanchís Blanco, Georgina; Marhuenda Irastorza, Claudia; Moreno Montero, Anna*

Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.

### **Objetivos:**

La hernia crural es muy poco frecuente en los niños y su diagnóstico es habitualmente difícil. No es extraño que a la exploración se confunda con una hernia inguinal indirecta, o que se presente como la recidiva de una hernia inguinal intervenida. El abordaje laparoscópico ofrece la ventaja de un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado.

### **Material y métodos:**

Presentamos el caso de un paciente de 3 años remitido por recidiva de hernia inguinal bilateral. En la primera cirugía no se encontró permeabilidad del conducto peritoneo-vaginal izquierdo ni derecho. A la exploración física destaca la protrusión bilateral de una hernia crural, y además, una hernia umbilical.

### **Resultados:**

Se decide realizar un abordaje laparoscópico con tres puertos que permite confirmar claramente la presencia de ambas hernias crurales. Se disecciona el peritoneo de forma circunferencial y se reseca el lipoma presente hasta identificar el orificio femoral. Se procede al cierre del defecto aproximando el ligamento conjunto y la fascia transversalis al ligamento de Cooper mediante puntos sueltos intracorpóreos de material irreabsorbible. Cierre de la hernia umbilical. El postoperatorio cursa sin incidencias y el paciente es dado de alta a las 36 horas.

### **Conclusiones:**

El diagnóstico de la hernia crural en los niños puede ser difícil, y debe sospecharse cuando no se encuentra un saco herniario patente en la cirugía de una hernia inguinal indirecta. El abordaje laparoscópico permite identificar claramente el orificio herniario y realizar su reparación de forma satisfactoria.



ID: 57 Póster presentado

## MIGRACION INGUINO ESCROTAL DE CATÉTERES DE VÁLVULAS DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL: SERIE HISTÓRICA

*Fernández Ibieta, María 1; Ruiz Pruneda, Ramón 1; Méndez Aguirre, Nery 1; Villamil, Vanesa 1; Rojas Ticona, Javier 1; Martínez Castaño, Irene 1; Sánchez Sánchez, Ángela 1; López, Antonio 2; Martínez-Lage, Juan 2; Ruiz Jiménez, Jose Ignacio 1*

1 Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 2 Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

### Objetivos:

La población pediátrica presenta una incidencia de complicaciones inguino-escrotales tras colocación de válvula de derivación ventrículo ?peritoneal (VDVP) estimada del 10-26%, debido al aumento de presión intraabdominal. Entre ellas, la migración inguino-escrotal del catéter de la VDVP es una complicación rara, habiéndose publicado solamente 20 casos. Presentamos la experiencia de nuestro centro en el manejo de estos pacientes.

### Material y métodos:

Serie de casos histórica, exponiendo clínica, radiología, tratamiento y evolución

### Resultados:

Se estudiaron 6 lactantes entre 1975 y 2015. Todos habían precisado colocación de VDVP en el primer mes de vida. Edad media: 7,5 meses (rango 4 -13). Mediana de seguimiento 3 años (1-20). La clínica correspondía a hidrocele en 2 de los casos (33%, ambos bilaterales) y a hernia en el resto (66%; 2 derechas, 1 izquierda, 1 bilateral). Los 2 casos de hidrocele presentaron malfunción valvular al encontrarse la punta del catéter en canal inguinal. Sin embargo, los 4 casos de hernia no presentaron malfunción, al encontrarse la punta intraperitoneal, describiendo el catéter un giro intraescrotal. En uno de los pacientes se consiguió con éxito la reducción del catéter mediante maniobras de taxis. Se realizó herniorrafia inguinal en las 72 horas del diagnóstico, bilateral (en los casos de hidroceles, hernia izquierda o bilateral) o derecha (en los dos casos de hernia derecha), sin incidencias postoperatorias.

### Conclusiones:

En los lactantes portadores de VDVP con hidrocele o hernia, el estudio radiológico es prioritario para descartar drenaje inadecuado y malfunción valvular por migración de punta del catéter en escroto.



ID: 70 Póster presentado

NO ES SOLO ESTREÑIMIENTO

*García Gómez, Miriam 1; Hernández Bermejo, Juan Pedro; Vargas Uribe, María Carolina; Rial Asorey, Stella Maris; Isaac Montero, Alejandra M 2*

1 Hospital Universitario Santa Lucía. Servicio de Cirugía Pediátrica; 2 Hospital Universitario Santa Lucía Servicio de Anatomía Patológica. Cartagena.

### **Objetivos:**

Presentar un caso de diagnóstico tardío de Enfermedad de Hirschsprung (EH), resaltando su asociación a tumores que tienen su origen en la cresta neural.

### **Material y métodos:**

Paciente de 8 años que como antecedentes personales presentó a los 13 meses de edad un ganglioneuroblastoma, presenta Trastorno Déficit Atención Hiperactividad en tratamiento con atomoxetina e historia de estreñimiento crónico. Acude a nuestra consulta asintomático y en tratamiento con polietilenglicol (PEG) con electrolitos, 6.9 g al día, tras un cuadro de impactación fecal de 7 días de evolución resuelto en otro hospital con enemas.

### **Resultados:**

Por los antecedentes personales del paciente se inicia estudio de estreñimiento crónico, realizando pruebas de imagen, manometría anorrectal que fueron compatibles con sospecha de EH, confirmándose finalmente tras biopsia rectal. Actualmente se encuentra asintomático en tratamiento con PEG con electrolitos, pendiente de estudio genético para descartar anomalías genéticas.

### **Conclusiones:**

La Enfermedad de Hirschsprung (EH) ocurre de forma aislada en el 70% de los casos. En el 30% aparece junto a otras anomalías congénitas. En un 12% existe una cromosopatía y en el otro 18% habría otras alteraciones sindrómicas o distintas alteraciones aisladas. También puede estar asociado con tumores de origen neural, tales como el ganglioneuroblastoma. El reconocimiento de todas estas asociaciones tiene mucha importancia para el pronóstico, consejo genético y exploración de genes candidatos.



## CIRUGÍA TORÁCICA I

ID: 207 Oral 5 minutos

### LOS QUEBRADEROS DE CABEZA DEL ESPACIO PLEURAL

*Simal Badiola, Isabel; García-Casillas Sánchez, M<sup>a</sup> Antonia; Cerdá Berrocal, Julio Arturo; Pérez Egido, Laura; Fernández Bautista, Beatriz; de la Torre Macías, Manuel; Fanjul Gómez, María; Molina, Esther; Peláez Mata, David; de Agustín, Juan Carlos*

Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

#### **Objetivos:**

La fuga aérea persistente (FAP) es un problema común. Evaluamos nuestra experiencia en el manejo de estos pacientes.

#### **Material y métodos:**

Revisión retrospectiva 2010-2015 de pacientes con drenaje endotorácico por neumotórax broncopulmonar (resecciones pulmonares, neumotórax, neumonía necrotizante). Revisamos incidencia de FAP, factores determinantes y tratamiento, considerando FAP cuando fuga >5 días.

#### **Resultados:**

33 casos (24 pacientes) entre 0-16 años: 24 resecciones pulmonares, 9 neumotórax. No encontramos diferencias en distribución de edad, peso, indicación quirúrgica ni comorbilidad, aunque sí tendencia a menor estancia hospitalaria en lactantes. Los pacientes con sutura mecánica presentaron menos fugas que los pacientes con no mecánica (37% Vs43%), siendo la diferencia aún más clara cuando aplicamos sellantes tisulares (29% Vs85%) ( $p>0.05$ ). No encontramos relación con el tamaño del tubo (10-24Fr) ni con el tipo de resección, manteniendo más fuga aérea los pacientes sometidos a mayor presión de aspiración

Realizamos 9 pleurodesis en 6 pacientes (2 lobectomías, 3 segmentectomías y una fístula broncopleural), con efectividad del 77%. Realizamos 5 con sangre autóloga, una con Betadine, 2 mecánicas toracoscópicas y una abierta. En dos casos se repitió la pleurodesis tras sangre autóloga: una con la misma dosis, y la otra abierta con hallazgo de fístula broncopleural. Tras la instilación de sangre 3 casos presentaron fiebre. La paciente que recibió el Betadine presentó fiebre y exantema.

#### **Conclusiones:**

-Los aspectos técnicos intraoperatorios son esenciales para disminuir el riesgo de FAP.  
-La pleurodesis con sangre autóloga, única o repetida, es una opción poco invasiva, muy segura y efectiva para las FAP parenquimatosas en nuestra muestra.



ID: 45 Oral 5 minutos

**PECTUS EXCAVATUM (PE): ¿RESONANCIA MAGNÉTICA (RM) COMO PRUEBA DE ELECCIÓN?**

*Dore Reyes, Mariela 1; De La Torre, Carlos 1; Bret Zurita, Montserrat 2; Triana Junco, Paloma 1; Jiménez Gómez, Javier 1; Romo Muñoz, Martha 1; Vilanova Sánchez, Alejandra 1; Parrón Pajares, Manuel 2; Pérez, Ana 2; Encinas Hernández, José Luis 1; Martínez Martínez, Leopoldo 1; Hernández Oliveros, Francisco 1; López-Santamaría, Manuel 1*

1 Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario La Paz; 2 Servicio de Radiología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz. Madrid.

### **Objetivos:**

Las alteraciones cardiovasculares provocadas por la impronta del esternón en el mediastino causan muchos de los síntomas que presentan los pacientes con PE. Su estudio anatómico y funcional es fundamental para el entendimiento de la enfermedad y para la elección del tratamiento adecuado. Nuestro objetivo es comprobar si la resonancia magnética (RM) es equiparable o superior a otras técnicas de imagen usadas en el estudio de estos pacientes.

### **Material y métodos:**

Evaluación de los resultados de la RM en diez pacientes con PE. Se usaron como controles a los mismos sujetos para la comparación de los resultados obtenidos con ecocardiografía y sujetos con características de edad, sexo y deformidad similares para la comparación con la TC.

### **Resultados:**

Los 10 pacientes evaluados con RM presentaron: índice de Haller en inspiración 3,65(3,6-3,8), en espiración 5,4 (4,6- 7,3), índice de corrección 17,3% (10,8%- 32%) y rotación esternal 13° (12,8°-14°). Del estudio cardiovascular destaca una fracción de eyección del ventrículo derecho del 40% (38,3%-52%). La ecocardiografía infraestimó la alteración funcional en la mayoría de casos. Con respecto a la TC, la ausencia de radiación de la RM facilitó un gran número de series en diferentes fases de la respiración permitiendo estudios anatómicos más completos. Además, la RM ofreció datos sobre función cardiovascular no disponibles por medio de la TC.

### **Conclusiones:**

Este estudio inicial sugiere el uso de la RM como prueba de elección en la evaluación del PE susceptible de corrección quirúrgica dada su capacidad de estudio tanto anatómico como cardiovascular sin radiación.



ID: 231 Vídeo 5 minutos

## NUEVA FIJACIÓN CON CERCLAJE EN LA TECNICA DE NUSS

*Pemartín Comella, Beatriz; Fonseca, Rosa; Mangas Álvarez, Lucía; Barrios Fontoba, José Enrique; Gutiérrez, Carlos; Vila Carbó, Juan José*

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

### **Objetivos:**

La fijación de la barra de Nuss con los estabilizadores clásicos es uno de los principales ítems de debate en la técnica quirúrgica que supone un tiempo quirúrgico importante tanto en el implante como en la extracción. Presentamos una técnica novedosa para la estabilización de la barra de Nuss, efectiva, rápida y ausente de complicaciones en nuestra serie.

### **Material y métodos:**

Fijamos ambos laterales de la barra de Nuss al plano muscular costal mediante un cerclaje de aluminio colocado con el pasador de cerclajes, ajustado con el tensor y posteriormente fijado con el sellador de cerclajes. La duración total de la técnica no supera los 10 minutos. La incisión en piel es la mínima necesaria para introducir la barra. La estabilidad la valoramos con placas de tórax (anteroposterior y lateral) a los 3 y 6 meses tras la colocación y por la corrección del pectus a la exploración física.

### **Resultados:**

Hemos realizado 15 intervenciones con esta técnica, no se ha presentado movilización precoz o tardía de la barra, como complicación precoz: 1 caso de enfisema subcutáneo que se resolvió espontáneamente y no hemos tenido ninguna complicación tardía. Se ha retirado una barra sin complicaciones. La mediana de seguimiento de estos pacientes es de 20,5 meses (26-6 meses)

### **Conclusiones:**

Aportamos un sistema de fijación nuevo y rápido que mantiene la filosofía de "enganche muscular" de Nuss. Es un método sencillo, que ahorra tiempo quirúrgico, con excelentes resultados en nuestro grupo que ha comenzado a utilizarlo en todos los pacientes operados con barra de Nuss.





ID: 183 Vídeo 5 minutos

MOVILIZACIÓN INTRATORÁCICA DE BARRA DE NUSS. ABORDAJE TORACOSCÓPICO.

*Núñez, Bernardo 1; Brun, Nuria 2; Riba, Mireia 2; Esteve, Clara 2; Bardaji, Carlos 2*

1Corporació Sanitària I Universitaria Parc Taulí. Sabadell; 2Corporació Sanitària I Universitaria Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

### **Objetivos:**

El procedimiento de Nuss es el método mínimamente invasivo para la corrección de Pectus Excavatum de elección.

Las complicaciones de esta técnica no son frecuentes, pero las hay descritas muy graves.

Una de estas complicaciones descritas es la movilización intratorácica de la barra de Nuss, que en teoría se previene con el empleo de uno o dos estabilizadores laterales (dependiendo de la metodología quirúrgica que emplee el cirujano).

### **Material y métodos:**

Presentamos el caso de una chica de 15 años que sufrió dicha movilización intratorácica. A la edad de 13 años fue intervenida mediante técnica de Nuss en nuestro centro por presentar Pectus Excavatum congénito, simétrico y sintomatológico, con un índice de Haller calculado sobre TAC torácico de 7.11 (23.9cm/3.36cm). Presentaba una espirometría con un leve patrón restrictivo y un ecocardiograma que mostraba desplazamiento cardiaco sin signos de disfunción ventricular. En el seguimiento ambulatorio, a los 18 meses postquirúrgicos se evidencia desplazamiento subcutáneo de la barra a nivel izquierdo palpando suelto el estabilizador derecho no pudiendo palpar la barra en este lado. Se realiza TAC torácico urgente que evidencia desplazamiento intratorácico de la barra en hemitórax

### **Resultados:**

Presentamos en video el abordaje quirúrgico mínimamente invasivo y la técnica toracoscópica empleada en liberar la barra adherida a cisura mayor y lóbulo pulmonar medio con adherencias fuertes, fibrosas y vascularizadas arrastradas hacia el interior del tórax desde la pared anterior.

### **Conclusiones:**

La barra se retiró desde el lado izquierdo. La cirugía transcurrió sin incidencias y pudo ser dada de alta a las 24h. No drenaje.



ID: 37 Vídeo 5 minutos

**MARCAJE DE LESIONES PULMONARES CON ARPÓN, ¿CÓMO LO HACEMOS? TRUCOS Y QUÉ HEMOS APRENDIDO.**

*López Díaz, María 1; Tordable Ojeda, Cristina 1; Gallego Herrera, María del Carmen 2; Cano Novillo, Indalecio 1; Aneiros Castro, Belén 1; García Vázquez, Araceli 1; Benavent Gordo, María Isabel 1; Gómez Fraile, Andrés*

1 Servicio de Cirugía Pediátrica. HU 12 de Octubre; 2 Servicio de Radiología Infantil. HU 12 de Octubre. Madrid.

### **Objetivos:**

Las biopsias de patologías pulmonares difusas tienen un fácil acceso por vía toracoscópica ya que la dispersión de la patología por todo el pulmón hace sencillo escoger un lugar para la resección. El problema se plantea con las lesiones focales profundas, pequeñas que estén o no en contacto con la pleura. En estos casos el marcaje de la lesión ayuda a su identificación y resección. El objetivo es presentar nuestros casos de lesión pulmonar focal marcados con arpón y extirpados por vía toracoscópica indicando el "¿cómo lo hacemos?".

### **Material y métodos:**

Mostramos nuestros casos de resección atípica vía toracoscópica de lesión pulmonar focal localizada y marcada con arpón guiado por TC, entre el año 2008 y 2015. Recogemos los pasos en la actuación y los resultados.

### **Resultados:**

Operamos 9 pacientes (con una media de edad de 12 años) con diagnóstico de osteosarcoma, sarcoma de Ewing-PNET, histoplasmosis pulmonar, rabdomiosarcoma testicular y tumor de Wilms con lesión pulmonar identificada con arpón. Se marcaron 13 lesiones pulmonares con un tamaño subcentimétrico, (sólo una medía 11,5mm) y en diferentes localizaciones. En todos los casos la biopsia incluía el nódulo sospechoso. Se usaron diferentes tipos de arpón observando las ventajas y desventajas de cada uno. La anatomía patológica confirmó la naturaleza maligna en 4, no encontrando evidencia de malignidad en los otros 9. No hubo complicaciones intra ni postoperatorias.

### **Conclusiones:**

El marcaje con arpón guiado por TC, es un método seguro y sencillo en manos de radiólogos experimentados, en las lesiones no visibles, ni palpables por toracoscopía.



ID: 212 Oral 3 minutos

## USO DE PLACAS REABSORBIBLES EN CIRUGÍA DE LA PARED TORÁCICA EN NIÑOS

**Rodríguez Caraballo, Lucía; Fonseca Martín, Rosa; Barrios Fontoba, José Enrique; Gómez-Chacón Villalba, Javier; Cortés Sáez, Jorge; Gutiérrez San Román, Carlos**

Hospital Universitari i Politècnic la Fe. Valencia.

### Objetivos:

Describir nuestra experiencia en el uso de placas reabsorbibles para la reconstrucción de la pared torácica en edad pediátrica.

### Material y métodos:

Estudio retrospectivo entre Enero de 2012 y Diciembre de 2015, de niños en los que se utilizó placas y tornillos reabsorbibles compuestas por copolímeros en cirugía de pared torácica. Analizamos como variables edad, sexo, patología, intervención, y complicaciones a corto y medio plazo.

### Resultados:

Nuestra serie consta de 9 niños (3 mujeres y 6 hombres) con una edad media de 7.4 años (rango 3 meses-14 años) en los que se reconstruyó la pared torácica. La patología intervenida fue 2 síndromes de Poland, 1 osteoblastoma, 1 osteocondroma, 1 fibrosarcoma inflamatorio pulmonar, 1 rhabdomyosarcoma alveolar lumbar, 2 estenosis traqueales congénitas y 1 hendidura laringotraqueal. En 1 paciente se realizó corrección de pectus carinatum, en otro reconstrucción de la pared por agenesia de costillas y pectorales, en el resto se resecaron parcial o totalmente las costillas. En los pacientes con estenosis traqueal y hendidura se reseco parcialmente cartílago costal para su uso como injerto. En todos los pacientes la cirugía fue exitosa, con una buena movilidad de la caja torácica posterior. 1 paciente falleció por recaída de tumor primario. En el resto no hubo complicaciones como rechazo del material o infección, ni aparición de escoliosis.

### Conclusiones:

En nuestra serie observamos que el uso de placas reabsorbibles para la reconstrucción de la pared torácica en el niño, es un método seguro y eficaz que favorece la estabilidad postoperatoria y el crecimiento.



ID: 97 Oral 3 minutos

## CIRUGÍA EN TIEMPOS DE CRISIS: TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PECTUS CARINATUM MEDIANTE CORSÉ ESTÁTICO

*Redondo Sedano, Jesús Vicente; Delgado Muñoz, María Dolores; Martí Carrera, María Eunate; Gómez Fraile, Andrés*

Hospital Doce de Octubre. Madrid.

### **Objetivos:**

El uso del corsé de compresión dinámica constituye el paradigma de tratamiento del pectus carinatum en niños y adolescentes. Su elevado coste puede representar un inconveniente a la hora de plantear una solución al defecto. Evaluamos la satisfacción de los pacientes tratados en nuestro centro mediante corsé de compresión estática, una ortesis autoajustable, sin medidor de presión de corrección.

### **Material y métodos:**

Se seleccionaron 30 pacientes diagnosticados de pectus carinatum entre 2005 y 2015, tratados según el protocolo de Calgary. Revisamos variables de tipo epidemiológico, características de la deformidad, y diferentes aspectos del tratamiento ortopédico. Además, se procedió a la realización de dos encuestas de calidad de vida para evaluar la satisfacción con el tratamiento entre pacientes con buena y mala adherencia al mismo. Los cuestionarios empleados fueron el modified Pectus Excavatum Evaluation Questionnaire y el modified Single Step Questionnaire, según lo descrito en la bibliografía consultada.

### **Resultados:**

En Diciembre de 2015, 13 (43%) pacientes continuaban en tratamiento, 8 (27%) habían sido dados de alta con buen resultado estético y en 1 (3%) se objetivó fracaso terapéutico. La muestra se dividió en pacientes con buena adherencia al tratamiento (grupo 1= 17), y pacientes con inadecuado uso de la ortesis (grupo 2 = 10). Las encuestas de calidad de vida se enviaron a 25 pacientes, a finales de enero de 2016, 16 habían respondido a la misma.

### **Conclusiones:**

El corsé de compresión estática se muestra como una alternativa eficaz de tratamiento, con una importante reducción de costes asociada.



ID: 115 Oral 3 minutos

## CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LARINGOMALACIA: ¿CÓMO VARÍA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO?

*Aneiros Castro, Belén 1; Antón-Pacheco, Juan Luis 1; Tordable Ojeda, Cristina 1; Morante Valverde, Rocío 1; López Díaz, María 1; Carrillo Arroyo, Isabel 1; Martínez, Antonio 2; Redondo Sedano, Jesús 1; Benavent Gordo, María Isabel 1; Gómez Fraile, Andrés 1*

1 Hospital 12 de Octubre; 2 Complejo Hospitalario de Toledo.

### Objetivos:

Presentar los resultados de la evaluación de la calidad de vida en pacientes con laringomalacia.

### Material y métodos:

Pacientes con diagnóstico broncoscópico de laringomalacia atendidos en nuestra unidad. Se utilizó una versión adaptada a la patología obstructiva de la vía aérea central del Pediatric Asthma Caregiver Quality of Life Questionnaire (PACQLQ) con 13 ítems (9 sobre impacto en la vida cotidiana y 4 sobre preocupaciones de los padres). El cuestionario es autocumplimentado y cada ítem puntúa de 1 (menor calidad de vida) a 7 (mayor calidad). Los pacientes sometidos a supraglotoplastia láser cumplimentaron el cuestionario antes y después de la cirugía.

### Resultados:

Participaron 24 pacientes (11 niñas) con una mediana de edad de 0,4 años (rango 0,2 - 1,8 años) y 15 (62.5%) fueron tratados con láser. El valor medio del primer componente (impacto) fue de 40,2 (sobre un máximo de 63), del segundo componente (preocupación) 17,5 (sobre un máximo de 28) y el total 58,1 (máximo posible 91), lo que representa en conjunto una afectación moderada. En los intervenidos, los valores de calidad de vida variaron desde una afectación moderada-severa a una afectación muy leve. La evaluación de la fiabilidad del cuestionario mostró unos valores del alfa de Cronbach de 0,932 (IC 95% 0,881-0,967), que indican una fiabilidad excelente.

### Conclusiones:

El cuestionario PACQLQ adaptado es fiable para la medición de la calidad de vida en los niños con laringomalacia. Los resultados de este cuestionario muestran una afectación moderada de la calidad de vida respiratoria con una mejoría significativa en los intervenidos.



ID: 23 Vídeo 3 minutos

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA GINECOMASTIA ASOCIADA A MAMA TUBEROSA EN NIÑOS: MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN TIPO ROUND-BLOCK

*Míguez Fortes, Lorena 1; Acea Nebril, Benigno 2; Marco Martín, Cristina; Rodríguez Ruiz, María; Curros Mata, Noelia; Somoza Arguibay, Iván; Gómez Tellado, Manuel; Dargallo Carbonell, Teresa; Caramés Bouzán, Jesús; García González, Miriam*

1 Hospital Teresa Herrera; 2 Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

### Objetivos:

La ginecomastia es la patología mamaria más frecuente en niños. Es una hipertrofia benigna del tejido mamario por desequilibrio estrogénico. La ginecomastia puberal es fisiológica e idiopática. El tratamiento es escalonado: corrección de causas, observación, tratamiento médico y cirugía. Indicaciones quirúrgicas: Persistencia mayor de un año, resistencia al tratamiento médico, repercusión psicológica. Existen múltiples técnicas dependiendo del tipo y tamaño de ginecomastia. Buscamos definir el tratamiento más adecuado para ginecomastia asociada a mama tubular.

### Material y métodos:

Paciente de 14 años con ginecomastia bilateral asociada a mama tuberosa de dos años de evolución. Antecedentes personales: Hiperplasia Suprarrenal congénita (déficit de 21-hidroxilasa) a tratamiento médico. Exploración: ginecomastia bilateral grado III de Simon. Ptosis e hipertrofia de ambos CAP. Exploración genital normal (estadío III de Tanner). Ecografía: ginecomastia bilateral sin otras alteraciones. Inicialmente actitud conservadora: tratamiento médico de su HSC y medidas dietéticas. Tras pérdida de peso de 10 kg no efectiva se decidió intervención realizando una mamoplastia circular.

### Resultados:

El paciente fue dado de alta al segundo día, sin complicaciones. La anatomía patológica demostró proliferación de tejido fibroadiposo. Los drenajes se retiraron a la semana. Inicialmente presentó una zona de despigmentación en herida de CAP izquierdo, que fue repigmentada a los 4 meses, con buen resultado estético y psicológico

### Conclusiones:

La técnica del Round-Block es adecuada para mamas tubulares con hipertrofia del CAP asociadas a ginecomastia en el varón, ya que reduce la proyección tubular del CAP y, al mismo tiempo, permite el abordaje para la exéresis del tejido glandular.



ID: 162 Póster presentado

## GINECOMASTIA, MÁS ALLÁ DE LA ESTÉTICA

*Montalvo Ávalos, Cristina; Royo Cuadra, Yolanda; Pueyo Gil, Carlos; Di Crosta, Ida; Skrabski, Robert; Maldonado Artero, Joaquín*

Hospital Universitario Juan XXII. Tarragona.

### **Objetivos:**

Presentar los pacientes intervenidos de ginecomastia y valorar el grado de satisfacción obtenido.

### **Material y métodos:**

Se realizó estudio descriptivo observacional retrospectivo y encuesta telefónica de los pacientes intervenidos de ginecomastia en nuestro centro desde enero de 2007 a diciembre de 2015. Se recogió el grado de preocupación estética prequirúrgica, grado de satisfacción estética postquirúrgica, cambios en las relaciones sociales (ejercicio físico pre y postquirúrgico), y conformidad y recomendación de la intervención.

### **Resultados:**

Se obtuvieron 18 pacientes; 15 presentaban ginecomastia bilateral y 3 unilateral (2 izquierdas y 1 derecha). La media de edad fue de 15 años (rango 12-17) El tratamiento fue mastectomía circunareolar inferior parcial subcutánea. Como complicaciones se registraron un seroma, una quemadura periareolar y un paciente fue reintervenido por persistencia de hipertrofia mamaria. De los 18 pacientes, 15 respondieron a encuesta telefónica. El grado de preocupación estética fue "alto", con afectación de vida diaria en el 80%. El resultado estético fue puntuado como "excelente" en el 60% de los casos. Un 33.3% de pacientes reconocían realizar ejercicio físico regular antes de la cirugía. Tras la cirugía el 53% incrementó su actividad física. Todos los pacientes volverían a someterse a intervención quirúrgica y lo recomendarían a compañeros.

### **Conclusiones:**

La ginecomastia afecta hasta el 70% de los adolescentes, involucionando en la mayoría de casos. Su persistencia provoca afectación psicológica y aislamiento social en los pacientes. El tratamiento quirúrgico proporciona buenos resultados estéticos y cambios en el comportamiento de los adolescentes que mejoran sus relaciones sociales, afectivas y aumentan su calidad de vida.



## MISCELÁNEA

ID: 104 Oral 5 minutos

¿ES EL TRATAMIENTO ORTOPÉDICO DE LAS DEFORMIDADES AURICULARES UNA ALTERNATIVA A LA CIRUGÍA?

*Ortega Escudero, Marta; Chamorro Juárez, María Rocío; Hernández Díaz, Carlos; González Herrero, Marina; Ruiz Hierro, Cristina; Gutiérrez Dueñas, José Manuel*

Hospital Universitario de Burgos.

### **Objetivos:**

Valoración de los resultados preliminares del tratamiento no quirúrgico, de las malformaciones del pabellón auricular.

### **Material y métodos:**

Estudio descriptivo y prospectivo desde Octubre de 2014 hasta Enero de 2016. Realizado en 7 pacientes (4 varones y 3 mujeres), con edades entre 14 días y 7 meses, en los que se utilizaron dispositivos de moldeamiento externo por deformidad auricular. Estos moldeadores constan de una parte que queda adherida a la zona retroauricular y otra que se aplica sobre la cara anterior del pabellón con una serie de clips para su moldeado. Se consideró tipo de deformidad, duración del tratamiento, complicaciones y resultado tras la retirada de los dispositivos (Bueno, regular y fallido).

### **Resultados:**

Todos los pacientes tenían hélix valgus bilateral. La duración del tratamiento osciló entre los 7 días y 5 semanas. Como complicación menor, en 6 de los niños aparecieron erosiones cutáneas que no precisaron tratamiento y desaparecieron al finalizar el mismo. De los 7 pacientes, 4 presentaron muy buenos resultados, dos resultados regulares por despegamiento leve del pabellón y uno fallido por falta de adhesión al tratamiento. En todos los casos los padres están muy satisfechos con el resultado.

### **Conclusiones:**

El uso de conformadores externos en menores de 6 meses puede ser una alternativa a la cirugía, como se ha visto en otros estudios, a la espera de valoración a largo plazo. Nuestros resultados fueron mejores a menor edad del niño, probablemente por la mayor tolerancia al dispositivo y mayor maleabilidad del cartílago en lactantes.



ID: 161 Oral 5 minutos

## ABORDAJE DE LA FISURA LABIAL UNILATERAL MEDIANTE LA QUEILOPLASTIA DE MEARA

*Hernández Díaz, Carlos 1; Albert Cazalla, Asteria 2; Parri Ferrandis, Francisco José 2; Correa, Jessica 2; Bejarano, Miguel 2; Rubio Palau, Josep 2*

1 Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario de Burgos; 2 Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona.

### Objetivos:

La fisura labial aislada es la menos grave de las fisuras labiopalatinas; sin embargo, para tratarla usamos las mismas técnicas quirúrgicas que para las formas complejas.

El objetivo es presentar la técnica de queiloplastia publicada por Meara, como alternativa menos agresiva para la reconstrucción del labio en la fisura labial aislada o con segmentos poco separados.

### Material y métodos:

Revisión de las queiloplastias con técnica de Meara entre Mayo 2014 y Septiembre 2015. Se revisó el tiempo quirúrgico, tiempo medio de ingreso, complicaciones y resultados estéticos, evaluando la altura y simetría del labio superior, la forma y simetría nasal y el aspecto de la cicatriz.

### Resultados:

Trece pacientes han sido intervenidos a los 6,1 meses de edad media (rango 5-12 meses). Se asoció una rinoplastia en casos con asimetría nasal. El tiempo quirúrgico medio de la queiloplastia aislada fue de 85 min. Se reinició alimentación oral a las 4h de la intervención, reanudando la alimentación mediante succión a las 2 semanas, igual que con las otras técnicas. El resultado fue un labio superior simétrico con altura adecuada en 12 casos; un paciente tuvo retracción que se trató con triamcinolona. La nariz fue armónica en todos. No hubo otras complicaciones intra ni postoperatorias.

### Conclusiones:

John Meara, del Boston Children's Hospital, publicó en 2011 una técnica de queiloplastia que corrige mediante curvas orgánicas la fisura labial con poca o moderada separación de segmentos. Esta técnica es más corta y utiliza colgajos ondulados, menos "duros" que las de colgajos geométricos, lo que da armonía al resultado.



ID: 144 Oral 5 minutos

## SUBMANDIBULECTOMÍA BILATERAL PARA TRATAMIENTO DE SIALORREA EN EDAD PEDIÁTRICA: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA

*Marinho, Ana Sofia; Sousa, Catarina; Coelho, Ana; Sequeira, Joana; Recamán, Mónica; Carvalho, Fátima*

Centro Hospitalar do Porto. Oporto. Portugal.

### **Objetivos:**

Presentar un caso clínico de vólvulo gástrico crónico junto a hernia paraesofágica y el video de su manejo por vía laparoscópica. Las hernias hiatales paraesofágicas congénitas son muy raras en la infancia. Pueden presentarse en forma asintomática o con síntomas leves inespecíficos. Existen pocos casos de vólvulo gástrico publicados en niños, algunos asociados a hernias hiatales paraesofágicas. Sus principales complicaciones son estrangulación y perforación por lo que su tratamiento quirúrgico está indicado tan pronto como se diagnostique. La laparoscopia es cada vez más utilizada como vía preferida de abordaje.

### **Material y métodos:**

Análisis retrospectivo de 91 casos de niños sometidos a submandibulectomía bilateral durante 10 años (2004 a 2015). Los datos fueron obtenidos de los registros clínicos de cada paciente y tratados informáticamente. El grado de severidad en el pre y postoperatorio fue evaluado según la escala de Teacher modificada. La satisfacción de los padres fue evaluada a través de la aplicación de una escala que se divide en 5 clases, conforme el grado de severidad de sialorrea en el postoperatorio.

### **Resultados:**

Durante el periodo analizado, fueron sometidos a submandibulectomía bilateral 91 niños. De estos, fueron excluidos 7 casos por ausencia de datos. La edad media de los niños fue de 8,9  $\pm$  3,5 años, siendo 57,7% del sexo masculino. El grado de severidad de sialorrea preoperatoria fue, en 51,8% de los casos, de nivel 4 (sialorrea grave) y, en 29,4%, de nivel 5 (muy grave). El grado de satisfacción de los padres en el postoperatorio fue, en 74,1% de los casos, de 75-100%. No existieron complicaciones graves en ninguno de los pacientes.

### **Conclusiones:**

Para los niños con hipersalivación, la submandibulectomía surge como un tratamiento posible e eficaz, que deja a los padres muy satisfechos y permite una mejor integración de los niños en la sociedad.



ID: 140 Oral 5 minutos

## LA MIOFIBROMATOSIS INFANTIL MULTICÉNTRICA Y EL FIBROSARCOMA CONGÉNITO METASTÁSICO: UN RETO DIAGNÓSTICO.

*Gómez Cervantes, J Manuel; Jiménez Gómez, Javier; Miguel Ferrero, Miriam; Dore Reyes, Mariela; Romo Muñoz, Martha; Sánchez Galán, Alba; Serradilla Rodríguez, Javier; López-Ruiz, M Elena; Núñez Cerezo, Vanesa; López-Santamaría, Manuel; López-Gutiérrez, J Carlos*

H. Universitario La Paz. Madrid.

### **Objetivos:**

La Miofibromatosis Infantil (MI) es el tumor fibroso más común de la infancia. Afecta a cualquier región, habitualmente cutánea o músculo-esquelética. Su diagnóstico inicial es a menudo confundido con Fibrosarcoma Congénito Metastásico (FCM) sobre todo en formas multicéntricas, lo que conlleva tratamientos inadecuados.

Presentamos nuestra experiencia en el diagnóstico diferencial de estas dos entidades y evaluamos la necesidad de quimioterapia en pacientes con diagnóstico inicial de FCM cuando en realidad padecen MI, un tumor histológicamente benigno.

### **Material y métodos:**

Análisis retrospectivo de pacientes con diagnóstico definitivo de MI en los últimos 15 años. Se incluyeron en el estudio 4 pacientes adultos (edad de presentación rara pero descrita en la literatura). Se realizó una revisión bibliográfica sobre esta patología.

### **Resultados:**

De los 23 pacientes, 19 (82%) fueron correctamente identificados como MI: 18 formas locales tratadas con extirpación quirúrgica y 1 forma multicéntrica en un lactante que evolucionó con regresión espontánea del tumor. Los 4 restantes (18%) tenían afectación multicéntrica (2 ósea, 1 pulmonar y 1 hepática) y fueron inicialmente diagnosticados como FCM, por lo que recibieron tratamiento quimioterápico según protocolo SEOP. Sin embargo, el diagnóstico final fue MI, en una revisión posterior de la histología.

### **Conclusiones:**

El diagnóstico histológico de la MI es complejo y debe confirmarse antes de tomar decisiones terapéuticas definitivas.

Su principal diagnóstico diferencial, especialmente en formas multicéntricas, es el FCM. Diferenciar ambas entidades es importante para evitar la administración de quimioterapia innecesaria y sus posibles complicaciones.



ID: 76 Oral 3 minutos

## EL DIAGNÓSTICO DEL PILOMATRIXOMA INFANTIL, NO ES TAN FÁCIL COMO PARECE: REVISIÓN DE 126 CASOS

*Fernández Atuan, Rafael 1; Álvarez García, Natalia 2; González Ruiz, Yurema 2; Siles Hinojosa, Alexander 2; Rihuete Heras, Miguel Ángel 2; Elías Pollina, Juan 2*

1 Hospital universitario Miguel Servet de Zaragoza; 2 Hospital universitario Miguel Servet. Zaragoza.

### Objetivos:

La duplicación del canal anal (DCA) es una malformación muy poco frecuente que puede pasar desapercibida. Se presenta normalmente como un orificio fistuloso posterior al ano, en la línea media. Su histopatología es característica: epitelio escamoso, epitelio de transición en el extremo interno, fibras musculares y ocasionalmente glándulas. Presentamos nuestra serie que incluye algún caso de presentación atípica.

### Material y métodos:

Estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico Anatómo-patológico (AP) de pilomatrixoma, en el periodo de 2011 a 2014. Se recopilaron datos sobre género, edad de intervención, número de tumoraciones, tamaño, localización, diagnóstico preoperatorio de los mismos, anatomía patológica, reintervenciones y patología asociada. Se realizó el análisis estadístico con EPIinfo 7.1.5.

### Resultados:

Se extirparon un total de 151 tumores en 138 pacientes, excluyendo 25 tumoraciones por tener diagnóstico clínico de pilomatrixoma sin confirmación patológica. Los 126 casos que tienen confirmación AP de pilomatrixoma, tienen una edad media de exéresis de 8,26 años de edad (rango 1 - 14 años) y el 50,72% del género masculino. El 97% de los tumores se localizan por encima del ombligo concentrándose en la cabeza y cuello el 52,9%. La sospecha clínica corresponde con AP en el 69,05%. De los casos confirmados, los diagnósticos clínicos diferenciales más frecuentes son lesión quística (11,90%) y quiste dermoide (10,22%), no hubieron pilomatrixomas con degeneración maligna. La media de diámetro es de 1,13cm, no hubo recidivas locales, pero sí 11 nuevos casos de pilomatrixomas en otra localización. No hay asociación estadísticamente significativa a otras patologías. Las enfermedades más frecuentes encontradas son la obesidad (3,62%) y el síndrome de déficit de atención (3,62%).

### Conclusiones:

El pilomatrixoma es una tumoración predominantemente de aparición en cara y cuello, de difícil diagnóstico clínico. La exéresis completa es curativa, aunque no previene la aparición de nuevas lesiones.



ID: 75 Oral 3 minutos

## Z-PLASTIA TRIDIMENSIONAL PARA LA REPARACIÓN DEL LÓBULO BIPARTITO AURICULAR

*Vicario, Francisco J; Bejarano, Miguel; Flórez, Gustavo; Parri, Francisco J; Albert, Asteria*

Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

### **Objetivos:**

El lóbulo bipartito, ya sea traumático o congénito, requiere tratamiento únicamente por motivos cosméticos. El aspecto final es fundamental.

Se han descrito varias técnicas de reparación: cierres directos, z-plastias de la línea de cicatriz...

Presentamos una técnica de z-plastia del plano anterior y posterior, con la que se evita la muesca cicatricial del contorno.

### **Material y métodos:**

Técnica: Una vez reseca la piel cicatricial de la hendidura se utiliza todo el borde cutáneo cruento (plano anterior y posterior) como trazo central de la Z; los colgajos son largos y rotan entre la cara anterior y posterior del lóbulo.

Se revisan las z-plastias del lóbulo auricular realizadas desde enero de 2013. Se contacta con las familias y se les solicitan fotografías recientes a los que llevan > 6 meses de postoperatorio.

### **Resultados:**

Se intervinieron 14 lóbulos en 12 niños, de los que 12 llevan > 6 meses de postoperatorio. El aspecto cosmético es bueno en 13 casos en cuanto a contorno y volumen. Un caso presentó necrosis parcial de uno de los colgajos que se manejó de forma conservadora, con un resultado final aceptable.

### **Conclusiones:**

Conclusiones

Las ventajas de esta técnica respecto a otras plastias son:

1. Evita una cicatriz vertical en el lóbulo que dejaría una zona débil por la cual el próximo pendiente podría extruirse.
2. Contorno del lóbulo armónico, evitando la muesca por retracción.
3. El lóbulo resultante es carnoso.

Las desventajas son:

1. Mayor tiempo quirúrgico
2. Riesgo de necrosis del colgajo

Recomendamos esta técnica como tratamiento de elección del lóbulo hendido.



ID: 130 Oral 3 minutos

## MANEJO DE LAS SECUELAS MUSCULOESQUELÉTICAS Y CUTÁNEAS DE LA SEPSIS MENINGOCÓCICA

*Betancourth-Alvarenga, Josué Eduardo; Cárdenas Elias, Miguel Ángel; Vázquez Rueda, Fernando; Castillo Fernández, Aurora Lucía; Jiménez Crespo, María Victoria; Vargas Cruz, Verónica; Paredes Esteban, Rosa María*

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

### **Objetivos:**

La sepsis meningocócica (SM) es una patología con elevada morbimortalidad que requiere un manejo multidisciplinar tanto en la fase aguda como en las secuelas. El objetivo de este estudio es revisar el manejo quirúrgico de las lesiones y secuelas de SM tratadas en nuestro centro.

### **Material y métodos:**

Revisión de 21 pacientes con SM intervenidos en los últimos 20 años. Se realiza un análisis descriptivo de las variables demográficas, intervenciones en fase aguda y secuelas, complicaciones y supervivencia.

### **Resultados:**

Se trataron 78 casos de SM en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) con una mortalidad global de 14.1%. El 27.0% (n=21) presentaron afectación musculo-esquelética y/o cutánea. La edad media fue de 3 años (2-10) de los cuales el 52.4% (n=11) <2 años y el 61.9% mujeres. El 45.0% presentó necrosis >15% de la superficie corporal. Durante su estancia en UCIP el 28.5% (n=6/21) fallecieron en <48 horas; se realizaron 11 desbridamientos/escarectomías, 2 extirpaciones de masa muscular y 9 amputaciones. Los defectos se cubrieron con dermis artificial y autoinjertos cutáneos. Al mes del ingreso, fallecieron el 9.5% (n=2/21) debido a infecciones nosocomiales. Durante el seguimiento el 46.2% (6/13) precisaron tratamiento de las secuelas cicatriciales y el 30.8% (4/13) corrección de las alteraciones del crecimiento óseo.

### **Conclusiones:**

La SM con afectación musculo-esquelética/cutánea es una patología con elevada morbimortalidad. Es necesaria la intervención temprana del cirujano para un tratamiento multidisciplinar precoz y seguimiento adecuado para el control de las secuelas.



ID: 146 Vídeo 3 minutos

## CIRUGÍA VÍDEO ASISTIDA EN MUCOCELE DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR

*Curros Mata, Noelia 1; Gómez Tellado, Manuel 1; Rodríguez Ruiz, María 1; Marco Martín, Cristina 1; Míguez Fortes, Lorena 1; Parente Arias, Pablo 2*

1 Servicio de Cirugía Pediátrica del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña; 2 Servicio de Otorrinolaringología Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

### **Objetivos:**

El término mucocele incluye dos conceptos el quiste de extravasación debido a la ruptura del conducto de la glándula salival y el quiste de retención como consecuencia de la obstrucción de dicho conducto. Los mucocelos no se pueden considerar como un verdadero quiste ya que su pared carece de revestimiento epitelial.

Es una patología muy común en las glándulas salivales menores (sobre todo en las labiales) pero extremadamente infrecuentes en las glándulas salivales mayores, en concreto en la submaxilar.

El objetivo de este vídeo es presentar la ventaja de la cirugía vídeo asistida en el tratamiento de esta patología.

### **Material y métodos:**

Presentamos el caso de una paciente de 12 años que presenta tumoración blanda de 4 cm en localización submandibular derecha no dolorosa a la palpación. Ecográficamente se observa lesión quística de 4 x 3 x 2 cm dependiente de la glándula submandibular derecha compatible con mucocele. Se realiza exéresis de la lesión y submaxilectomía derecha vídeo asistida. El estudio histológico de la pieza revela una pared quística sin revestimiento epitelial, con tejido de granulación compatible todo ello con mucocele.

### **Resultados:**

La paciente es dada de alta a las 48 horas de la cirugía, permaneciendo asintomática y siguiendo controles periódicos en consultas externas

### **Conclusiones:**

El mucocele de la glándula submaxilar es una patología muy poco frecuente, sobre todo en la edad pediátrica. El tratamiento consiste en la exéresis de la lesión y submaxilectomía, que resultan facilitadas por la cirugía vídeo asistida disminuyendo además la tasa de lesiones de estructuras vecinas



ID: 77 Póster presentado

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON FISURA LABIOPALATINA (FLP) EN UNA CAMPAÑA DE CIRUGÍA SOLIDARIA EN PERÚ.

*Parri, Marta 1; Vicario, Francisco J 2; Flórez, Gustavo 2; Dalmau, Carla 1; Bejarano, Miguel 2; Parri, Alejandra 1; Albert, Asteria 2; Parri, Francisco J 2*

1 Nutricionista FES Fundació; 2 Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

### **Objetivos:**

La malnutrición infantil tiene una correspondencia inversa al nivel socioeconómico del país. Existen pocos estudios que analicen si la FLP agrava esta condición. Se ha comparado el estado nutricional entre niños fisurados y no fisurados, con las mismas condiciones socioeconómicas, durante la campaña de cirugía solidaria que FES FUNDACIÓ realizó en el sur del Perú en 2015.

### **Material y métodos:**

Se han comparado 55 niños, 21 con FLP completa no sindrómica y 34 hermanos de los afectos. A todos se les ha realizado estudio antropométrico (peso, talla, perímetros y pliegues) y analítico (Hierro y albumina).

También se les ha valorado con el test de STAMP que clasifica el riesgo nutricional y se les ha realizado una encuesta-asesoramiento nutricional. Han firmado un consentimiento informado. Los dos grupos (Casos y Control) se han dividido por edad: Bebés (B) (6m-3a) e Infantil (I) (3-11a).

### **Resultados:**

#### **RESULTADOS**

Los Casos (B e I) presentan peso y talla medias inferiores al Control. Las diferencias se reducen en el grupo Infantil.

2/3 de los Casos tienen ALB y FE en el rango de normalidad baja. Todos los Casos tienen riesgo nutricional medio o alto en el test STAMP.

### **Conclusiones:**

#### **COMENTARIOS**

Los niños con FLP tienen un riesgo más alto de malnutrición que comporta un retraso en el crecimiento global.

Esta tendencia es mayor en el grupo de menor edad y se manifiesta en todos los datos antropométricos, analíticos y de riesgo nutricional.

Se deben tomar medidas de suplementación nutricional desde el nacimiento en niños con FLP en países en vías de desarrollo.





ID: 258 Póster presentado

## USO DE DOBLE TERAPIA, MATRIZ BIOLÓGICA ACELULAR Y TERAPIA DE VACIO CON PRESIÓN NEGATIVA, EN EL TRATAMIENTO DEL ONFALOCELE GIGANTE

*Kuan Arguello, Maria Esmeralda 1; Deltell Colomer, Patricia 2; Albertos Mira-Marcelí, Nuria 1; Bordallo Vasquez, Maria Fernanda; Gallego Mellado, Natalia 2; González Piñera, Jeronimo 2*

1 Hospital general Universitario de Alicante; 2 Hospital General Universitario de Alicante.

### Objetivos:

El onfalocele gigante es el defecto congénito de la pared abdominal mayor de 4-5cm o evisceración hepática, y es un reto para los cirujanos pediátricos. Nuestro objetivo es presentar el caso de un onfalocele gigante obtiene éxito con colocación de matriz biológica acelular y terapia de vacío con presión negativa.

### Material y métodos:

Recién nacida pretérmino de 34.6 SG 1era gemela con peso al nacimiento 1940gr, con diagnóstico prenatal de onfalocele. Nacimiento por cesárea, Apgar 7 y 8, onfalocele de aproximadamente 8x5cm con saco roto, hígado, estómago, intestino delgado eviscerado. No otras malformaciones asociadas.

### Resultados:

Al nacimiento, colocación de silo preformado (aro 7,5cm), se intenta reducción gradual de contenido abdominal. Ante escasa progresión, el 9o día de vida se decide cierre utilizando para el defecto aponeurótico (75x70mm) malla sintética ePTFE, con monitorización continua de presión intraabdominal. Se coloca sistema de vacío con presión negativa. Presenta infección de malla con repercusión sistémica, al 20 día de vida se retira, y se coloca matriz biológica acelular derivada de dermis porcina fijada a aponeurosis, dejando defecto cutáneo de 45x 40mm, se aplica sistema de vacío con terapia de presión negativa (-75mmHg) intermitente. Alta hospitalaria a los 85 días, continuando terapia de presión negativa domiciliaria. Se logra epitelización completa a los 105 días posquirúrgicos.

### Conclusiones:

El utilizar técnicas innovadoras, la matriz biológica acelular para el defecto aponeurótico y la terapia de presión negativa para el defecto cutáneo, resultan una alternativa eficaz para el tratamiento de él onfalocele gigante.



ID: 262 Póster presentado

## LABIO FISURADO BILATERAL: ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS

*García González, Miriam; Míguez Fortes, Lorena; López Cedrún, José Luis; Caramés Bouzán, Jesús*

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

### **Objetivos:**

El labio fisurado bilateral se caracteriza por: colapso de arcadas maxilares laterales, protrusión de premaxila, columela corta, gran deformidad de cartílagos alares y atrofia del prolabio con ausencia de musculatura.

Como tratamiento existen múltiples alternativas: el Moldeado Nasoalveolar y la Técnica Adhesiva quirúrgica, previos a la corrección definitiva de la lesión.

Los objetivos tanto del tratamiento ortopédico prequirúrgico como de la adhesión quirúrgica inicial son:

- Detener el crecimiento de la premaxila y conseguir su retropulsión y centralización.
- Reducir la anchura de la fisura reduciendo la tensión en los tejidos blandos y facilitando la queiloplastia.
- Guiar el crecimiento de los segmentos en que se halla dividido el maxilar.
- Facilitar la alimentación.
- Moldear los cartílagos nasales.

### **Material y métodos:**

Existen varios métodos de tratamiento ortopédico prequirúrgico (método de Hotz, otros más complejos como el de McNeil, o más recientemente como el de Latham que utiliza el ECPR (reposición elástica de la premaxila) para casos bilaterales.

La utilización o no de tratamientos ortopédicos previos al cierre labial es una de las cuestiones más polémicas en el tratamiento de niños fisurados, presentándose como alternativa a ellos la adhesión labial (Singhai V, Missouri, Kansas).

### **Resultados:**

En nuestro centro hemos empleado ambas técnicas. La ortopedia prequirúrgica (requiere su colocación en quirófano y ajuste en consulta) la empleamos para casos seleccionados (gran protrusión premaxila, rotaciones extremas) y para facilitar la adhesión posterior.

### **Conclusiones:**

En nuestra experiencia la técnica adhesiva ofrece excelentes resultados estéticos y escasas complicaciones, sin embargo indicamos en casos seleccionados la ortopedia prequirúrgica como paso previo a la adhesión labial.



## C. UROLÓGICA II

ID: 197 Oral 5 minutos

### CARCINOMA RENAL PEDIÁTRICO: CIRUGÍA, LA CLAVE DE LA SUPERVIVENCIA

*Aguilera Pujabet, Montserrat; Guillén Burrieza, Gabriela; López Fernández, Sergio; Molino Gahete, Jose Andrés; Llord Sales, Anna; Lloret Roca, Josep*

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

#### **Objetivos:**

El carcinoma renal (CR) representa un 2-6% de los tumores malignos renales pediátricos. Su quimio y radiorresistencia hacen esencial un adecuado tratamiento quirúrgico. La linfadenectomía retroperitoneal (LR) y la nefrectomía parcial (NP) son controvertidos, constituyendo un tema de particular interés para el próximo protocolo de la SIOP.

#### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo (1995-2015) en un centro terciario. Se analizaron datos demográficos, síntomas, pruebas diagnósticas e histología, con especial foco en el tratamiento quirúrgico y seguimiento.

#### **Resultados:**

Durante ese periodo se intervinieron 85 tumores renales; 7 fueron CR (8.2%). La media de edad fue 11 años (5-15). Se realizó biopsia preoperatoria en 5. La histología fue traslocación Xp11 en 2, y subtipos desfavorables en 5. Se realizaron 6 nefrectomías totales y 1 NP en un paciente con traslocación Xp11. El muestreo ganglionar fue variable, y resultó positivo (N1) en 3/7; se realizó una LR en un segundo tiempo, en un carcinoma papilar pT2bN1M0. El seguimiento medio fueron 97 meses (8-222). Dos pacientes fallecieron por metástasis, pasados 2 y 7 años de la cirugía; en ninguno se realizó linfadenectomía regional ni LR. El resto, incluyendo los casos con LR y NP, siguen libres de enfermedad.

#### **Conclusiones:**

Presentamos la mayor serie española de CR pediátrico hasta la fecha. La biopsia preoperatoria confirmatoria debe conducir a un tratamiento quirúrgico agresivo, incluyendo amplio muestreo ganglionar. En casos N1, debe considerarse LR incluso en un segundo tiempo. La NP en tumores pequeños con traslocación Xp11 es aceptable. Las nuevas guías terapéuticas deberían mejorar la supervivencia al estandarizar el tratamiento.



ID: 19 Oral 5 minutos

## BIOFEEDBACK ANIMADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA MICCIÓN DISFUNCIONAL

*Fernández Ibieta, María 1; Guirao Piñera, María José 2; Zambudio Carmona, Gerardo 2; Rojas Ticona, Javier 2; Martínez Castaño, Irene 2; Villamil, Vanesa 2; Sánchez Sánchez, Ángela 2; García López, Ascensión 3; Reyes Ríos, Paulo 2; Ruiz Jiménez, José Ignacio 2*

1 Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia; 2 Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia; 3 DUE Unidad Pruebas Funcionales. Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

### Objetivos:

Analizar resultado clínico y electromiográfico del tratamiento de la Micción Disfuncional (MD) con Biofeedback (Bfb) animado. Comprobamos si existen variables clínicas o electromiográficas asociadas a mayor tasa de éxito.

### Material y métodos:

Corte transversal de pacientes con MD, que, en 2010- 2015 siguieron programa de Bfb animado. Control post-tratamiento con Uroflujometría más Electromiografía y cuestionario validado. Criterios de inclusión: no mielodisplasia, no malformaciones anatómicas, ? 3 sesiones. Variables clínicas: edad, número de sesiones, fugas diurnas, enuresis nocturna, estreñimiento, ITU, RVU. Variables flujométricas: morfología de curvas, electromiograma, flujos, y residuo postmiccional (RPM) elevado.

### Resultados:

De 37 pacientes que recibieron Bfb, se seleccionaron 27 niñas que cumplieron criterios de inclusión. Edad media: 7,8 años (DE: 2,5). Doce (44%) presentaron Hiperactividad del Detrusor en la urodinamia, concomitantemente. De manera global, todos los parámetros clínicos y flujométricos mejoraron. Clínicamente 33,5% presentó resolución completa de síntomas, 37% mejoraron (> 50% de los síntomas según criterios ICCS) y 29% no presentaron mejoría. Electromiográficamente el 74% logró flujometrías normales. El estreñimiento al inicio del estudio se asocia a tasas menores de éxito (curación: 13 vs. 58%,  $p=0,019$ ; curación + mejoría: 60% vs. 83%  $p > 0,05$ ). La ausencia de RPM al final del estudio se relacionó con la mejoría clínica (curación: 66,7% vs. 0%,  $p=0,012$ ; curación + mejoría: 89% vs. 60%,  $p > 0,05$ ).

### Conclusiones:

Las tasas de curación/ mejoría clínica y de resolución electromiográfica son 69 y 74% respectivamente. La ausencia de estreñimiento se asocia a mayores tasas de éxito. La persistencia de clínica se relaciona con RPM elevado post-tratamiento.



ID: 51 Oral 5 minutos

## EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LA DETORSIÓN TESTICULAR TRAS ESCROTO AGUDO

*González Ruiz, Yurema 1; Izquierdo Hernández, Beatriz 1; Bragagnini Rodríguez, Paolo 2; Siles Hinojosa, Alexander 1; Álvarez García, Natalia 1; Fernández Atuán, Rafael 1; Gracia Romero, Jesús 1; Gracia Romero, Jesús 1*

1 Hospital Universitario Miguel Servet; 2 Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

### Objetivos:

Valorar la evolución a largo plazo de los testículos preservados tras torsión testicular (TT).

### Material y métodos:

Estudio prospectivo mediante ecografía de pacientes diagnosticados de TT a los que se les realizó detorsión y orquidopexia. Revisamos 85 pacientes intervenidos por escroto agudo (2004-2014), encontrando 49TT. Excluimos del estudio 15 torsiones perinatales, 14 orquiectomías y 5 pacientes que se negaron a participar. Analizamos 15 pacientes, comparando volúmenes testiculares entre testes afectados y contralaterales, y la diferencia de volúmenes entre ambos testes de los 15 casos con 14 pacientes control (U de Mann-Whitney).

### Resultados:

Los 15 pacientes se intervinieron a una edad media de 10,7 años, con un tiempo medio de evolución de 6 horas [0,7-24]. La ecografía control se realizó a una edad media de 14,7 años, tras un tiempo medio de 47 meses después del episodio, encontrando unas medianas del volumen del teste torsionado y contralateral de 9,3cc y 12,6cc, respectivamente ( $p=0,683$ ). La mediana de la diferencia entre los volúmenes fue de 0,8cc [0,1-12,80]. En el grupo control, las ecografías fueron realizadas a una edad media de 16 años, con media de volumen de teste izquierdo de 6,26cc y derecho de 6,64cc, y mediana de diferencia de volúmenes de 0,34cc [0,05-4,59]; no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,270$ ) entre las diferencias de volúmenes de los testículos de casos y controles.

### Conclusiones:

La detorsión testicular en pacientes con TT con un tiempo de evolución inferior a 6 horas no influye en el crecimiento testicular a largo plazo, comparado con el crecimiento del teste contralateral y de la población normal.



ID: 31 Oral 5 minutos

**PENE ENTERRADO: FALOPLASTIA SUPRAPUBICA, NUEVA OPCIÓN QUIRÚRGICA**

*Angulo, José María; Parente, Alberto; Burgos, Laura; Ortiz, Rubén; Pérez Egido, Laura*

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

### **Objetivos:**

El pene enterrado es un falo de tamaño normal insuficientemente expuesto. Las indicaciones quirúrgicas son controvertidas. En nuestro servicio, la reparación se ofrece a los adolescentes con repercusiones psicológicas por su aspecto genital. Las técnicas descritas previamente se limitan a un enfoque ventral. Presentamos una nueva técnica con acceso exclusivamente suprapúbico.

### **Material y métodos:**

Presentamos 16 pacientes con una edad media de  $8 \pm 4$  años, tratados en los últimos 3 años. Cuatro presentaban un pene enterrado secundario a una circuncisión y 2 pacientes fueron tratados previamente según la técnica de Borsellino. Nuestra nueva técnica incluye una amplia z-plastia púbica con el fin de conseguir suficiente piel para cubrir la base del pene y una lipectomía suprapúbica y peripeneana. Se realiza una sección del ligamento suspensorio del pene y fijación de los ángulos penopúbicos desde los cuerpos cavernosos a la piel del pubis con hilo no reabsorbible. Por último se realiza una circuncisión.

### **Resultados:**

A las 24 horas postoperatorias, se retiró el vendaje, la sonda vesical y los pacientes obtuvieron el alta hospitalaria. En todos los pacientes se produjo un importante edema peneano que se resolvió con reposo y antiinflamatorios. En dos pacientes se produjo una pérdida parcial del colgajo de la z-plastia que curó por segunda intención. Meses después los pacientes y sus padres están satisfechos con los resultados. Cuatro pacientes presentaron una recidiva parcial, pero están satisfechos y no quieren una reintervención.

### **Conclusiones:**

Es una técnica segura y reproducible, aunque el seguimiento es corto, los resultados iniciales son satisfactorios.



ID: 25 Vídeo 5 minutos

## MICROURETEROSCOPIA EN NIÑOS

*González Piñera, Jerónimo; Caballero Romeu, Juan Pablo; Albertos Mira-Marcelí, Nuria; Gallego Mellado, Natalia; Bordallo Vázquez, María Fernanda; Deltell Colomer, Patricia María; Kuan Arguello, María Esmeralda*

Hospital General Universitario de Alicante.

### **Objetivos:**

Presentar nuestra experiencia en microureterorenoscopia diagnóstica y terapéutica en litiasis ureteral.

### **Material y métodos:**

En 2015 hemos realizado a tres niños una ureterorenoscopia con micro-nefrolitotomo percutáneo rígido de 4,8 Fr de 3 vías para óptica de 0,9 mm de diámetro, canal de irrigación y de trabajo. El paciente de 2 años tenía litiasis coraliforme izquierda que precisó 3 sesiones de litotricia extracorpórea por ondas de choque, quedando litiasis vesical -11 mm- y ureteral distal -7mm-. Se practicó litotricia intracorpórea con 6W de potencia. El niño de 5 años presentaba litiasis en cáliz medio -7mm- e inferior -4 mm- derechos. Presentó obstrucción vesical aguda por impactación de la litiasis de 4 mm en uretra posterior, con emisión posterior del cálculo. Tres meses más tarde se realizó ureterorenoscopia por sospecha ecográfica de litiasis ureteral, que no se confirmó en la exploración. El niño de 8 años ingresó por cólico nefrítico secundario a litiasis ureteral derecha de 7 mm. Tras 10 días de tratamiento, se realizó litotricia intracorpórea con 4W de potencia.

### **Resultados:**

En todos los casos realizamos el acceso ureteral en un solo paso sin dilatación previa del trayecto ureteral intravesical, sin necesidad de guía de seguridad ni vaina de acceso ureteral. En los 2 pacientes a los que se realizó litotricia intracorpórea con láser holmiun:YAG se consiguió la fragmentación y expulsión completa de sus litiasis.

### **Conclusiones:**

La utilización de micronefrolitotomo es útil para realizar ureterorenoscopia diagnóstica y terapéutica en niños. Deben realizarse más estudios para determinar la utilidad de esta tecnología y su relación coste-eficiencia.



ID: 17 Oral 3 minutos

## ANÁLISIS CRISTALOGRAFICO DE LA UROLITIASIS EN EDAD PEDIÁTRICA

*Fernández García, Laura 1; Bujons Tur, Anna 2; Caffaratti Sfulcini, Jorge 2; Valls Martínez, Teresa 3; Durán, Andrea 4; Gracia García, Silvia 2; Villavicencio Mavric, Humberto 2*

1 Hospital Universitario Central de Asturias; 2 Fundación Puigvert; 3 Complejo Hospitalario de Navarra; 4 Hospital Clínico Universitario de Valencia.

### Objetivos:

Conocer las características clínicas y epidemiológicas de la litiasis urinaria en la edad pediátrica, su análisis cristalográfico y posibles factores predisponentes a esta patología.

### Material y métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo de 152 pacientes entre 0 y 18 años diagnosticados de urolitiasis en los últimos 25 años.

### Resultados:

La edad media al diagnóstico del primer episodio fue de 7.5 años, suponiendo sólo los menores de 1 año el 23,7% de los pacientes. El sexo masculino resultó ser predominante (57,2%). La composición química de los cálculos más frecuente fue el oxalato cálcico (formas pura y mixta). Siendo las litiasis de cistina (3,3%) y ácido úrico (1,3%) minoritarias. El 57,9% de los pacientes habían debutado con clínica de ITU, y en este grupo apatita y estruvita fueron predominantes. Presentaban antecedentes familiares de litiasis urinaria un 39.5% de casos,  $\frac{3}{4}$  de los cuales tenían un estudio metabólico alterado. Sólo un 31.6% estaba afectado por alguna anomalía anatómica urológica, siendo la estenosis de la unión la de mayor frecuencia (7.9%). La localización más frecuente fue el riñón (77.6%). Se realizó estudio metabólico a un 53.9%, dentro de este grupo se mostró alterado en un 37.5%, siendo la hipercalciuria (9.2%) la alteración principal.

### Conclusiones:

La primera década de la vida concentra la mayor prevalencia de urolitiasis especialmente en varones, siendo la ITU la presentación clínica más frecuente. El oxalato cálcico (puro o en combinación) es la composición más frecuente, seguida de apatita y estruvita, salvo en cálculos de pacientes con ITU en los que se invierte este orden.





ID: 61 Oral 3 minutos

## REIMPLANTE URETERAL EXTRAVESICAL TRAS FRACASO DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL REFLUJO VESICoureTERAL CON DX/HA. EXPERIENCIA INICIAL

*García-Aparicio, Luis 1; Blázquez-Gómez, Eva 2; de Haro, Irene 1; Martín, Oriol 1; Tarrado, Xavier 1*

1 Sección de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona; 2 Servicio de Anestesiología. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.

### **Objetivos:**

El diagnóstico diferencial de las masas interesrotales inflamatorias es muy reducido. Probablemente la más infrecuente es la duplicación uretral con un amplio espectro de variantes anatómicas en el que la uretra esta parcial o totalmente duplicada.

### **Material y métodos:**

Hemos analizado las historias clínicas de los pacientes sometidos a un RUE tras fracaso del tratamiento endoscópico con Dx/HA entre octubre de 2014 y octubre de 2015. La técnica empleada se realizó por cirugía abierta o laparoscópica. En todos ellos se les hizo seguimiento ecográfico y ecocistográfico postoperatorios. Se han recogido los datos demográficos de los pacientes así como el grado de RVU, lado afecto, género, tiempo quirúrgico, estancia media, complicaciones y aparición de hidronefrosis postoperatoria.

### **Resultados:**

Se han analizado 12 RUE en 11 pacientes con una mediana de edad de 75,5 meses en los que había fracasado el tratamiento endoscópico con Dx/HA. Los grados de RVU fueron: 1 grado III, 9 grados IV y 2 grados V. En 7 pacientes se realizó un abordaje abierto y en 4 laparoscópico. La mediana de tiempo quirúrgico fue de 92 (60-180) minutos, existiendo diferencias significativas entre el abordaje laparoscópico y la cirugía abierta. Existieron complicaciones postoperatorias en 2 pacientes: una disfunción vesical y un cólico renal. La estancia mediana fue de 2 (1-7) días, sin existir diferencias entre los dos abordajes. La aparición de hidronefrosis postoperatoria sucedió en 5 uréteres sin existir diferencias significativas entre los abordajes. En todos los casos el RVU se solucionó.

### **Conclusiones:**

Aunque estos resultados pueden estar limitados por una casuística pequeña; el reimplante ureteral extravescical es eficaz en el tratamiento del RVU tras el fracaso del tratamiento endoscópico.



ID: 266 Oral 3 minutos

## PAPEL DE LA PIELOLITOTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL MANEJO DE LAS LITIASIS RENALES EN LA INFANCIA

*Cabezalí Barbancho, Daniel; Carrillo Arroyo, Isabel; Gómez Fraile, Andrés; López Vázquez, Francisco*

Hospital 12 de Octubre, Madrid.

### **Objetivos:**

La litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) y la nefrolitotomía percutánea (NLPC) son técnicas mínimamente invasivas con gran aceptación por su eficacia en la resolución de las litiasis renales. Mostramos nuestra experiencia inicial en la pielolitotomía laparoscópica (PL) como alternativa a las técnicas anteriormente citadas.

### **Material y métodos:**

Tres pacientes, todos ellos con síndromes polimalformativos y con litiasis renales, fueron intervenidos mediante laparoscopia transperitoneal. Dos casos presentaban litiasis piélicas múltiples mayores de 15 mm y el tercero una única de 22 mm. En todos se efectuó una pielotomía con extracción de los cálculos, colocación de catéter de derivación interno y cierre de la pielotomía mediante laparoscopia.

### **Resultados:**

La edad y el peso de los pacientes en el momento de la intervención fue de 10 meses (8 kg) 3 años (11 kg) y 4 años (12 Kg) y el tiempo medio empleado en la intervención fue de 101 minutos (90-110 minutos) Todas las litiasis se extrajeron y no hubo complicaciones en el acto quirúrgico ni en el postoperatorio. La estancia hospitalaria fue de dos días en todos ellos. Un caso presentó una recidiva al año de la intervención que se fragmentó con láser mediante ureterorenoscopia. Actualmente los pacientes están asintomáticos y libres de litiasis.

### **Conclusiones:**

La pielolitotomía laparoscópica es una técnica que tiene su espacio entre los abordajes mínimamente invasivos para el manejo de las litiasis renales en la infancia. Es una técnica válida y efectiva en casos seleccionados cuando por motivos técnicos o médicos no se pueden emplear LEOC ni NLPC.



ID: 159 Póster presentado

## DILATACIÓN NEUMÁTICA DE ESTENOSIS URETERALES CON BALÓN DE PACLITAXEL.

*Fernández Córdoba, María Soledad; Juliá Molla, Enrique; Marijuán Sahuquillo, Verónica; Argumosa Salazar, Yrene Margarita; Ramírez Piqueras, María; Hernández Anselmi, Eperanza; Moratalla Jareño, Tania*

Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

### **Objetivos:**

La dilatación con balón de alta presión es un método terapéutico útil y poco invasivo para tratar las estenosis postquirúrgicas del uréter. Los balones cubiertos de Paclitaxel se utilizan con éxito en la prevención de reestenosis vasculares, por su efecto inhibitor en la producción de colágeno. Presentamos nuestra experiencia con el uso de este material en las estenosis ureterales.

### **Material y métodos:**

Tres pacientes con estenosis postquirúrgicas han sido tratados mediante dilatación neumática con balón de Paclitaxel bajo control radioscópico: dos estenosis pieloureterales y una estenosis uréterovesical. El intervalo entre la cirugía y la dilatación fue de entre 6 meses y 9 años. La técnica se realizó con anestesia general, cistoscopia y dilatación retrógrada en dos casos y anterógrada por nefrostomía en uno. Se usaron balones de paclitaxel 40 y 6 mm de diámetro a altas presiones hasta comprobar la desaparición de las muescas. En todos se colocó un catéter doble J, que se mantuvo 4-5 semanas. El procedimiento se realizó de forma ambulatoria en dos.

### **Resultados:**

En el seguimiento se constató mejoría de la curva de eliminación y de la imagen ecográfica.

### **Conclusiones:**

La dilatación endoscópica de estenosis ureterales postquirúrgicas con balón de Paclitaxel, puede ser considerada como una forma inicial de tratamiento en este grupo de pacientes. La técnica tiene baja morbilidad y conlleva una estancia hospitalaria corta, sin embargo, un seguimiento más a largo plazo es necesario para conocer si se trata de una solución transitoria o definitiva.



ID: 12 Póster presentado

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN PACIENTES MENORES DE 10 KG SOMETIDOS A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA RENAL CON PRESIONES DE NEUMOPERITONEO SUPERIORES A 10 MM DE HG.

*Blázquez-Gómez, Eva 1; García-Aparicio, Luis 2; Navarro, Montse 1; Molies, Dolors 1; Sánchez, Albert 1; Chamizo, Alicia 1; Pamies, Carme 1; Tarrado, Xavier 2; Lázaro, Juanjo 1*

1 Servicio de Anestesiología. Hospital Sant Joan de Déu. Univeristat de Barcelona; 2 Sección de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.

### **Objetivos:**

Analizar los cambios fisiológicos en pacientes menores de 10Kg sometidos a cirugía renal laparoscópica utilizando unas presiones de CO2 por encima de 10mmHg.

### **Material y métodos:**

Hemos revisado aquellos pacientes menores de 10Kg sometidos a cirugía laparoscópica renal desde Enero de 2013 a Enero de 2016. La medición de parámetros se realizó antes del pneumoperitoneo y cada 15 minutos durante la cirugía. Las variables analizadas fueron: tensión arterial media (TAM), frecuencia cardíaca (FC), saturación de oxígeno (SatO2), ETCO2, compliance pulmonar, presiones en vía aérea, número de maniobras de reclutamiento pulmonar precisadas, temperatura y uso medidas de calentamiento.

### **Resultados:**

28 pacientes (16 ureteropieloplastias, 7 heminefrectomías, 5 nefrectomías) de edad media 9,36 meses y peso medio de 8,36 Kg. El tiempo medio anestésico fue de 110,36 minutos; la presión media de neumoperitoneo fue de 11,9 mmHg. Se usaron medidas de calentamiento en 26, consiguiendo un mantenimiento o aumento de la temperatura en 21. La media de la TAM fue de 61 mmHg. elevándose de forma significativa en la mayoría de los pacientes una media de 7,5 mmHg., mientras que FC disminuyó una media de 6,8 p.p.m. La compliance disminuyó en todos los pacientes una media de 2,8. Las presiones pulmonares medias aumentaron una media de 1,9 cmH2O. La ETCO2 aumentó de forma significativa en 24 pacientes mientras que la SatO2 no varió de forma significativa. Ninguno de los cambios citados tuvo repercusión clínica.

### **Conclusiones:**

Los cambios fisiológicos esperados han sido bien tolerados en este grupo de pacientes a pesar de utilizar valores elevados de neumoperitoneo.



### C. UROLÓGICA III

ID: 147 Oral 5 minutos

#### RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA CIRUGÍA DE HIPOSPADIAS. FUNCION URINARIA, SEXUAL E IMPACTO PSICOLÓGICO

*Rojas-Ticono, Javier 1; Zambudio Carmona, Gerardo 1; Delmas Benito, Laura 2; Fernández-Ibieta, María 1; Reyes Ríos, Paulo Yesid 1; Martínez Castaño, Irene 1; Villamil, Vanesa 1; Guirao Piñera, María José 1; Ruiz Jimenez, José Ignacio 1*

1 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2 Universidad de Groningen. Países Bajos.

#### **Objetivos:**

Conocer el estado actual de los pacientes intervenidos por hipospadias en nuestra región, para adaptar la técnica quirúrgica a sus necesidades reales.

#### **Material y métodos:**

Estudio descriptivo y observacional. Se entrevistó a pacientes intervenidos de hipospadias en nuestro hospital entre 1976 y 1996, incidiendo en su función urinaria, sexual e impacto psicológico. Realizamos análisis estadístico descriptivo y comparaciones entre tipos de hipospadias (SPSSv19).

#### **Resultados:**

566 pacientes fueron intervenidos de hipospadias en el periodo estudiado, entrevistándose a 100, con edades entre 18 y 40 años. 73% fueron distales y 27% proximales. En el 30% el meato no es ortotópico, 10% presentan fístula, 18% presenta algún grado de estenosis y 52% presenta curvatura. El 13% siente haber tenido desventajas en su vida. Consideran su pene diferente en: tamaño (19%), forma glande (17%), curvatura (14%), cicatrices (10%) y orificio más bajo (7%). La satisfacción sexual fue valorada en 8,9 en una escala del 1 al 10, sin diferencias entre los tipos de hipospadias. Los proximales presentan mayores problemas de eyaculación: 42% frente al 11% de los distales. El 68% de los proximales desearían mejorar frente al 20% de los distales, en apariencia (17%), tamaño (11%) y forma de orinar (11%).

#### **Conclusiones:**

Se mantienen alteraciones anatómicas pero los aspectos que más valora el paciente adulto difieren de los perseguidos en las cirugías que se practicaban. Un porcentaje importante de pacientes se reoperaría de nuevo. Mantener el tamaño del pene y aspecto natural del glande debe ser un objetivo prioritario durante la cirugía de hipospadias.



ID: 98 Oral 5 minutos

## TROMBOSIS VASCULAR EN EL TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO. ¿ES POSIBLE SALVAR EL INJERTO?

*García, Laura; Gander, Romy; Royo, Gloria; Molino, José Andrés; Vicente, Nerea; Ariceta, Gema; Lloret, Josep; Asensio, Marino*

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

### **Objetivos:**

La trombosis vascular (TV) en el trasplante renal pediátrico (TRP) es la causa más frecuente de pérdida precoz del injerto, siendo irreversible en casi la totalidad de los casos. Analizamos nuestra serie para determinar la asociación de TV con pérdida de injerto.

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo (2000-2015) de receptores de TRP que presentaron TV. Desde 2012 se ha implantado un nuevo protocolo basado en la ecografía postoperatoria precoz, la monitorización hemodinámica estricta y la profilaxis antitrombótica en casos seleccionados.

### **Resultados:**

De los 176 TRP realizados, 9 pacientes (5,1%) presentaron TV. El TRP se realizó a una edad de 5,2 años (DE 4,8;(0,5-13,2)) y con un peso de 24 Kg (DE 24,3;(5,6-80)). El diagnóstico fue intraoperatorio en 1 caso y ecográfico en las primeras 24 h postoperatorias en 8. En todos los pacientes se realizó revisión quirúrgica inmediata tras el diagnóstico. De los 6 casos que tuvieron lugar antes de 2012, 5 desarrollaron isquemia completa del injerto con necesidad de trasplante y en 1 se logró recuperación parcial del flujo con pérdida posterior del injerto. En los 3 casos diagnosticados después de 2012, se recuperó la perfusión del injerto en todos y se colocó una malla abdominal realizando cierre de pared diferido secuencial bajo control ecográfico. Con un seguimiento de 5,6 meses (DE 4,8;(0,9-10,5)) los 3 injertos recuperados son normofuncionantes.

### **Conclusiones:**

La aplicación de un protocolo basado en la ecografía precoz, la revisión quirúrgica urgente y el cierre abdominal diferido puede evitar la pérdida de injerto en la TV.



ID: 33 Vídeo 5 minutos

## TRATAMIENTO URETEROCELE ORTOTÓPICO MEDIANTE DILATACIÓN DEL MEATO DEL URETEROCELE CON BALÓN DE ALTA PRESIÓN

*Pérez Egado, Laura; Parente, Alberto; Angulo, José María; Burgos, Laura; Ortiz, Ruben; Romero, Rosa; De Agustín, Juan Carlos*

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

### **Objetivos:**

La punción transuretral endoscópica es la técnica más utilizada actualmente para el tratamiento de los ureteroceles (UTC) ortotópicos y ectópicos. Sin embargo, la incidencia de reflujo vesicoureteral (RVU) secundario no es despreciable y puede necesitar un procedimiento posterior. Presentamos una nueva técnica para el tratamiento del UTC ortotópico.

### **Material y métodos:**

Se analizaron 5 pacientes con UTC ortotópico ( $9,7 \pm 6,2$  meses de edad) tratados mediante dilatación del meato del UTC. Ningún paciente presentaba preoperatoriamente reflujo vesicoureteral. La indicación quirúrgica fue pionefrosis en 3 niños y empeoramiento progresivo de la hidronefrosis en 2. La dilatación del meato se realizó con un balón de alta presión 5 mm colocado sobre guía de 0,014.

### **Resultados:**

No hubo ninguna complicación intraoperatoria o postoperatoria y el tiempo quirúrgico fue de  $24 \pm 9$  minutos. Todos los pacientes fueron dados de alta en las primeras 24 horas postoperatorias. La ureterohidronefrosis desapareció en todos los pacientes y permanecen asintomáticos después de  $35 \pm 22,5$  meses de seguimiento. La cistografía de control no mostraba RVU secundario en ningún caso y la gammagrafía renal se mantuvo sin cambios después del tratamiento.

### **Conclusiones:**

El tratamiento del UTC ortotópico mediante dilatación del meato con balón de alta presión es una técnica quirúrgica rápida y segura. No se ha diagnosticado ningún caso de reflujo vesicoureteral secundario y no se han necesitado procedimientos posteriores. Creemos que esta técnica podría ofrecer beneficios significativos sobre la punción transuretral en el tratamiento del ureterocele ortotópico.



ID: 91 Vídeo 5 minutos

## MODELO EXPERIMENTAL DE APRENDIZAJE DEL ABORDAJE RENAL PERCUTÁNEO PARA RESOLUCIÓN DE PATOLOGÍA LITIÁSICA COMPLEJA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

*Curros Mata, Noelia 1; Aller Rodríguez, Marcos 2; López García, Daniel 2; Rodríguez Ruiz, María 1; Marco Martín, Cristina 1; Míguez Fortes, Lorena 1; Somoza Argibay, Iván 1; Vázquez-Martul Pazos, Darío 2; Centeno Cortés, Alberto 3*

1 Servicio de Cirugía Pediátrica del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña; 2 Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña; 3 Centro Tecnológico de Formación de A Coruña.

### **Objetivos:**

El abordaje renal percutáneo para la resolución de patología litiásica es una técnica quirúrgica compleja que requiere una curva de aprendizaje larga para realizarla con solvencia y baja tasa de complicaciones ante el escaso volumen de casos pediátricos. La experiencia de modelos experimentales en laparoscopia nos ha demostrado cómo acortar dichas curvas de aprendizaje en aras de la seguridad del paciente. Nuestro objetivo es mostrar el modelo experimental creado en nuestro centro para el aprendizaje de la nefrolitotomía percutánea.

### **Material y métodos:**

Partiendo de una base en aprendizaje experimental laparoscópico creamos un modelo para el aprendizaje del abordaje renal percutáneo en pacientes pediátricos. Inicialmente se provoca una uropatía obstructiva mediante la ligadura ureteral por vía laparoscópica. Después se realiza paso a paso la exploración renal ecográfica, la punción percutánea ecodirigida, la creación del acceso renal percutáneo con dilatación secuencial del mismo y la exploración endoscópica de las cavidades renales para la fragmentación y extracción litiásica.

### **Resultados:**

Con el modelo experimental en el animal de experimentación se adquieren progresivamente las destrezas necesarias para la implementación de esta técnica en el paciente pediátrico. El abordaje laparoscópico complementario permite visualizar en tiempo real las complicaciones acontecidas durante el aprendizaje.

### **Conclusiones:**

Consideramos de utilidad el uso de modelos experimentales de aprendizaje para disminuir la curva de aprendizaje de técnicas complejas o con escaso número de casos clínicos con el objeto final de priorizar la seguridad del paciente.





ID: 3 Vídeo 5 minutos

## PSICOPROFILAXIS AUDIOVISUAL DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL INFANTIL

*Siles Hinojosa, Alexander; Álvarez García, Natalia; Gómez Palacio, Victoria Eugenia; Fernández Atuán, Rafael; González Ruíz, Yurema; Bragagnini Rodríguez, Paolo; Delgado Alvira, Reyes; Gracia Romero, Jesús*

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

### **Objetivos:**

Se estima que entre el 50% y el 75% de la población infantil sometida a una cirugía experimenta alteraciones emocionales y conductuales secundarias al estrés que implica la hospitalización. Presentamos la creación de un medio audiovisual que influya y mejore la reacción de nuestros pacientes y sus familias con respecto al proceso quirúrgico.

### **Material y métodos:**

Presentamos un vídeo en el que mostramos la iniciativa de nuestro servicio con la psicoprofilaxis quirúrgica en edad infantil. De este hecho, nació la idea de crear un vídeo por parte del Servicio de Cirugía Pediátrica en el que el niño, junto a sus padres, pudiera visualizar todas las fases que tienen lugar desde que ingresan hasta su alta, conociendo la actividad del personal sanitario así como las instalaciones del hospital, sus habitaciones, el quirófano o la sala de despertar.

### **Resultados:**

Con la implementación de este vídeo, intentamos que nuestros pacientes se familiaricen con todo lo que va a sucederles durante el ingreso para minimizar la angustia y disminuir el miedo y la ansiedad.

### **Conclusiones:**

Cada año se intervienen en nuestro hospital 3000 niños que van a beneficiarse de un recurso de fácil acceso, gratuito y que facilitará a padres y niños su paso por nuestro hospital.



ID: 79 Oral 3 minutos

## INDICACIÓN DE LA FIJACIÓN IPSILATERAL Y CONTRALATERAL AL TESTE TORSIONADO.

*Pemartín Comella, Beatriz; Serrano, Agustín; Domínguez, Carlos*

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

### **Objetivos:**

Valoración de la necesidad de fijación testicular ipsi- y contralateral al teste torsionado simultánea a la detorsión quirúrgica del teste afecto.

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo y prospectivo de 69 pacientes intervenidos por diagnóstico de torsión entre 1996 y 2014. Evaluamos aspectos epidemiológicos (edad, lado, tiempo de evolución y antecedentes), así como fijación o no del teste afecto y del contralateral, tipo de pexia y evolución a corto y largo plazo de ambas gónadas (trofismo, retorsión y fertilidad).

### **Resultados:**

La edad media fue de 10,85 años (DS 4,6 años). En 18 (26%) se realizó orquiectomía. Al resto (51) se le realizó detorsión, siendo 43,1% derechas y 56,9% izquierdas. Únicamente en 4 se realizó pexia contralateral y en 47 (92,1%) de los casos no se realizó. Respecto al teste torsionado en 26 (50,9%) casos se fijó mediante punto a la vaginal y en 25 casos no se pexió (49,1%). La mediana de seguimiento fue de 12,75 años (1,5 - 20 años) sin evidenciarse recidiva de la torsión en ninguno de los grupos ni torsión del teste contralateral. El porcentaje de atrofia del teste torsionado a largo plazo fue de 8% de los testes fijados frente al 19% de los no fijados (Chi cuadrado=1,35 p=0,41).

### **Conclusiones:**

Dada la baja tasa de retorsión, en nuestra experiencia, no existe indicación de fijación testicular del teste torsionado, ni del contralateral y por tanto, puede ser suficiente con la advertencia al paciente de la necesidad de valoración urgente especializada en caso de nuevo episodio de dolor agudo.



ID: 263 Oral 3 minutos

EVALUACIÓN DE LA CONTINENCIA EN PACIENTES EN EXTROFIA VESICAL Y NECESIDAD DE ESTOMAS CATETERIZABLES CONTINENTES.

*Carrillo Arroyo, Isabel; Cabezalí Barbancho, Daniel; Andrés, Gómez Fraile; López Vázquez, Francisco; Tordable Ojeda, Cristina*

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

### **Objetivos:**

Analizar los resultados funcionales a largo plazo en pacientes con complejo extrofia-epispiadías evaluando la necesidad de realización de estomas cateterizables continentes.

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo de 19 pacientes con complejo extrofia-epispiadías tratados en nuestro hospital desde 1995 a 2015 (incluimos 15 pacientes con extrofia vesical, 3 epispiadías completo y 1 extrofia cloacal). Analizamos entre otros parámetros: las técnicas realizadas en cada paciente, las complicaciones de las mismas, necesidad de cateterismo limpio intermitente (CLI) y estado actual.

### **Resultados:**

Estudiamos 19 pacientes de los cuales 14 eran varones (73,6%) y 5 mujeres (26,4%). Se realizó cierre primario precoz de la placa extrófica en todos en las primeras 48h de vida: reparación primaria completa según Mitchell en 3 pacientes (20%) y 12 según técnica en etapas de Gearhart-Jeffs (80%)

En 8 casos se efectuó cervicouretoplastia para mejorar la continencia (52,6%) y en 10 pacientes enterocistoplastia (52%). En 3 pacientes (15,7%) fue necesario realizar una desconexión cervicouretral. En 10 casos se efectuó un estoma cateterizable continente (ECC): 7 apendiconeovesicostomía (Mitrofanoff) y 3 ileoneovesicostomía (Monti). En el momento de la enterocistoplastia 7(70%) (4 por dificultad de sondaje uretral y 3 por dolor) y 3 (30%) posteriormente (por estenosis cervicouretral). Presentaron complicaciones 3(30%): 2 casos perforación (a los 5 y 8 años de la intervención) y 1 estenosis del estoma. Actualmente todos los pacientes están secos por periodo >3 horas, 15 pacientes con cateterismo limpio intermitente (78,9%)

### **Conclusiones:**

Si se realiza CLI la evaluación de la uretra previo a la cervicouretoplastia es precisa para planificar un posible ECC.



ID: 40 Oral 3 minutos

TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS PIELOURETERAL. ¿HA SIDO BENEFICIOSA LA INTRODUCCIÓN DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA?

*García-Aparicio, Luis 1; Blázquez-Gómez, Eva 2; Martín, Oriol 1; de Haro, Irene 1; Tarrado, Xavier 1*

1 Sección de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona; 2 Servicio de Anestesiología. Hospital Sant Joan de Déu. Univeristat de Barcelona.

### **Objetivos:**

Analizar si la introducción de la laparoscopia en el tratamiento de la estenosis pieloureteral (EPU) han sido beneficioso para el paciente.

### **Material y métodos:**

Hemos revisado las historias clínicas de todos aquellos pacientes intervenidos de EPU desde Abril 2004 hasta Marzo 2015. Se han recogido los siguientes datos: técnica quirúrgica, necesidad y tipo de derivación interna, tiempo quirúrgico, estancia media, complicaciones, tasa de reestenosis. Se han analizado si existen factores que disminuyan el número de complicaciones y reestenosis

### **Resultados:**

Se han revisado 171 pieloplastias tipo Anderson-Hynes, 87 se realizaron mediante cirugía laparoscópica. La tasa de éxito global ha sido del 96.5%, existiendo un 10,5% de complicaciones (38,5% Clavien-Dindo IIIb); sin existir diferencias significativas entre la cirugía abierta y la laparoscópica.

En el 96.5% de las cirugías, la orina se derivó mediante catéter nefroureteral tipo Mazeman, catéter doble J o catéter tipo Salle; sin existir diferencias entre cirugía abierta y laparoscópica. El tiempo quirúrgico medio fue 52 minutos superior en la cirugía laparoscópica. Las cirugías REDO parece un factor que influye en un aumento de la tasa de complicaciones. La estancia media fue menor en el grupo de cirugía laparoscópica.

### **Conclusiones:**

Los introducción de la cirugía laparoscópica en el tratamiento de la estenosis pieloureteral ha sido beneficiosa para el paciente ya que tiene los mismos resultados y tasa de complicaciones que la cirugía abierta, pero con una menor agresión quirúrgica. .Las cirugía REDO tienen una mayor tasa de complicaciones.



ID: 84 Oral 3 minutos

## TÉCNICA DE SNODGRASS: NUESTRA EXPERIENCIA

*Alonso Ciodaro, Giuliana; Torres de Aguirre, Ana María; Lizandro Ruiz, Sofía Yolanda; Santamaría Ossorio, José Ignacio*

Hospital Universitario Materno Infantil de Badajoz.

### **Objetivos:**

Tras la instauración en nuestro servicio de la técnica de Snodgrass, como alternativa al tratamiento de Hipospadias subcoronal, se analiza la tasa de éxitos y complicaciones de dicha técnica, identificando la preferencia que tuvo respecto a la técnica Mathieu, que era hasta el momento, la más utilizada para este tipo de Hipospadias.

### **Material y métodos:**

Seleccionamos pacientes intervenidos de Hipospadias subcoronal con técnica de Snodgrass o Mathieu, entre Enero de 2010 y Diciembre de 2014, encontrando 114 pacientes: 88 (77,2%) intervenidos por Snodgrass y 26 (22,8%) por Mathieu. Se excluyen pacientes con incurvación peneana, meato no subcoronal, y utilización de otras técnicas. Se realiza seguimiento mínimo durante 1 año.

### **Resultados:**

Basados en técnica de Snodgrass encontramos que 44 pacientes (50%) presentan complicación. Las más frecuentes son fístula: 16 pacientes (18,2%), estenosis: 18 (20,5%) y ambas: 10 (11,3%). Todas las estenosis precisaron dilatación en quirófano. Seis pacientes con fístula, precisaron fistulectomía y 12 se cerraron espontáneamente. Se reintervino por fallo de la técnica quirúrgica el 13,6% del total de pacientes, de los cuales 4 pacientes tenían fístula, 4 estenosis y 4 ambas.

### **Conclusiones:**

Hasta el año 2010 utilizamos con mayor frecuencia la técnica Mathieu para corrección de Hipospadias subcoronal; se incluye como alternativa la técnica de Snodgrass, siendo durante esos cinco años, la más utilizada. Las complicaciones más frecuentes son estenosis y fístula, observadas en igual porcentaje; la estenosis siempre precisa dilatación, y la fístula ocasionalmente puede mejorar con manejo conservador. La técnica de Snodgrass en general ha tenido resultados satisfactorios.



ID: 237 Oral 3 minutos

VALORACION DEL CRECIMIENTO TESTICULAR TRAS EL TRATAMIENTO DEL VARICOCELE EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN FUNCIÓN DE LA TÉCNICA EMPLEADA (PALOMO, IVANISSEVICH Y EMBOLIZACIÓN)

*Calderón Plazarte, Víctor Fernando 1; Soto, Carmen 1; Ávila, Luis Felipe 1; De Alarcón, Jorge R 1; Moreno Sierra, Jesús 1; Angulo, José M 2*

1 Hospital Clínico San Carlos, Madrid; 2 Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

### **Objetivos:**

Valorar en función de la técnica empleada la recurrencia, la mejoría de los síntomas y el crecimiento testicular tras el tratamiento del varicocele.

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo descriptivo de 69 pacientes pediátricos y adolescentes diagnosticados de varicocele y tratados en nuestro centro mediante técnica de Ivanissevich, Palomo o embolización percutánea entre los años 2000-2014

### **Resultados:**

Los 69 pacientes estudiados tuvieron una mediana de edad de 14 años (7-19 años). Se realizó embolización a 37 pacientes (53,6%), varicocelectomía abierta según técnica de Palomo a 23 pacientes (33,3%) e Ivanissevich a 9 pacientes (13%). Presentaron recurrencia del varicocele 16 pacientes (23,2%). El 80% habían sido tratados mediante embolización. El 53,62% de los pacientes presentaban al diagnóstico un volumen testicular disminuido, siendo en 28 casos el VD superior al 20%. Tras el tratamiento elegido, el VD se normalizó en 13 casos, mejoró en 14 y no tuvo repercusión en 5 pacientes.

### **Conclusiones:**

La elección de la técnica terapéutica debería ir en función de las características del paciente, la presentación de sintomatología clínica, la experiencia del centro para la embolización y la presencia de recurrencia previa. Independientemente de la técnica elegida, el 86,48% de hipotrofias testiculares presentes al diagnóstico mejoran tras el tratamiento.



ID: 213 Póster presentado

## EFICACIA DE LA NEFROSCOPIA PERCUTÁNEA COMO TÉCNICA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA LA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO

*Mier Jiménez, Jorge Alberto 1; Pérez Bertólez, Sonia 2; Vivas Colmenares, Grecia Victoria 2; Valladares Mendías, Juan Carlos 2; Barrero Candau, Rafael 2; Castro, Laura 2; García Merino, Francisco 2*

1 Hospital Prof. Juan P. Garrahan. Buenos Aires (Argentina) 2 Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

### **Objetivos:**

Presentar un caso clínico de un paciente en el cual se empleó esta técnica para la extracción de un cuerpo extraño en pelvis renal.

### **Material y métodos:**

Varón de 35 meses con diagnóstico prenatal de hidronefrosis izquierda grado V y posterior deterioro de la función renal izquierda de 27,72% que precisó pielostomía de descarga izquierda a los 7 meses de vida. En controles sucesivos se evidencia importante mejoría de dilatación pielocaliceal y a los 31 meses de vida se realiza pieloplastia izquierda con colocación de catéter doble J de 3 Ch y 16 cm. En el seguimiento del paciente se constata migración de catéter doble J a pelvis renal siendo imposible su extracción por cistoscopia.

### **Resultados:**

Se decide realizar nefroscopia percutánea izquierda, previa incisión de 4 mm y dilatación mediante técnica de Seldinger hasta 12 Fr. Tras localización de catéter doble J en pelvis renal se extrae con pinza de cuerpo extraño y se deja sonda de nefrostomía de 8 Fr. Al 3er día postoperatorio se retira sonda y el paciente es dado de alta con indicaciones. El control ecográfico al mes de la intervención se evidenció dentro de límites normales.

### **Conclusiones:**

El interés del caso clínico radica en dar a conocer la utilidad de la nefroscopia percutánea como técnica inicial y mínimamente invasiva para la extracción de cuerpo extraño en pelvis renal.



## CIRUGÍA FETAL Y NEONATAL I

ID: 249 Oral 5 minutos

### CORRELACIÓN DEL NEUMOPERITONEO CON HALLAZGOS QUIRÚRGICOS Y MORBIMORTALIDAD EN LAS ENTEROCOLITIS NECROTIZANTES

*Villamil, Vanesa 1; Fernández Ibieta, María 1; Gilabert Ubeda, María Amparo 2; Aranda García, María Josefa 1; Ruiz Pruneda, Ramón 1; Sánchez Morote, Juana 1; Martínez Castaño, Irene 1; Rojas-Ticona, Javier 1; Sánchez Sánchez, Ángela 1; Giménez Aleixandre, María Cristina 1; Ruiz Jiménez, José Ignacio 1*

1 Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; 2 Servicio de Radiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

#### **Objetivos:**

En las enterocolitis necrotizantes (NEC), el neumoperitoneo es la única indicación absoluta a la hora de decidir un abordaje quirúrgico.

Correlacionamos la semiología radiológica con los hallazgos quirúrgicos y la evolución de un grupo de pacientes con NEC manejadas quirúrgicamente.

#### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo en una cohorte de NECs intervenidas durante un periodo de 10 años (2006-2016). Se analizan los hallazgos radiológicos preoperatorios y se correlacionan con los quirúrgicos y con la morbilidad, dependiendo de la presencia de Neumoperitoneo o no (N+/ N-). Además, se evaluó a posteriori la concordancia interobservador con radiólogo pediátrico enmascarado a la clínica.

Análisis estadístico con paquete SPSS 23.0.

#### **Resultados:**

Se recogieron 53 pacientes. El 40.7% se intervino tras la visualización de neumoperitoneo; en el resto, la indicación fue deterioro metabólico y hallazgos radiológicos asociados. En el 39% del grupo N- se objetivó perforación.

La concordancia interobservador (índice kappa) fue de 0.69.

No se encontraron diferencias significativas en ambos grupos con respecto a longitud intestinal reseca, días de intubación, día de inicio de nutrición enteral y mortalidad. La comparación entre duración de síntomas y estancia hospitalaria total en ambos grupos (N-/ N+) fue significativa (7,5 vs 2,5 días,  $p=0,003$ ; 126 vs. 79 días,  $p=0,03$  respectivamente), siendo más favorable en el grupo N+. Estas diferencias se mantuvieron al ajustar por peso.

#### **Conclusiones:**

La indicación quirúrgica ha de basarse en un conjunto de datos clínicos y radiológicos, ya que el 39% de los pacientes sin neumoperitoneo presentaron perforación.

En nuestro estudio la presencia de neumoperitoneo no se correlaciona con peor pronóstico.





ID: 105 Oral 5 minutos

## FACTORES PERINATALES EN EL DESARROLLO DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE. UN ESTUDIO CASOS Y CONTROLES

*Núñez Cerezo, Vanesa; Romo Muñoz, Marta; Encinas, José Luis; Dore Reyes, Mariela; Triana Junco, Paloma; Vilanova Sánchez, Alejandra; Sánchez Galán, Alba; Gómez Cervantes, Manuel; Jiménez Gómez, Javier; Martínez Martínez, Leopoldo; López Santamaría, Manuel*

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

### **Objetivos:**

Identificar factores infecciosos perinatales que favorezcan el desarrollo de enterocolitis necrotizante (ECN) en las unidades de cuidados intensivos neonatales (CIN).

### **Material y métodos:**

Estudio de casos y controles de los recién nacidos (RN) tratados entre 2014-2015. Se evaluaron factores de riesgo materno-fetal (fiebre, corioamnionitis, cultivos rectovaginales y sufrimiento intrauterino) y neonatales (edad gestacional, canalización de vasos umbilicales, hemocultivos, sepsis, nutrición y probióticos) y su asociación a la ECN. Estudiamos también la existencia de tratamiento antibiótico y antifúngico intravenoso previo al cuadro de ECN. Se estimó la odds ratio con un nivel de significación  $p < 0,05$ .

### **Resultados:**

Se analizaron 500 neonatos: 44 NEC y 456 controles. En el análisis univariante ninguno de los factores de riesgo maternos se relacionó con el desarrollo de ECN. No se encontraron diferencias significativas en los RN que recibieron alimentación enteral o probióticos. Los RN con sufrimiento fetal y los diagnosticados de sepsis precoz presentaron mayor riesgo de desarrollo NEC ( $p < 0,03$ ). El tratamiento antibiótico previo aumentó el riesgo de ECN (OR 1,82, IC 95% 0.914-3.627) aunque sin alcanzar niveles de significación estadística ( $p = 0,08$ ). El tratamiento antifúngico sistémico profiláctico, sin embargo, disminuyó significativamente la frecuencia de ECN (OR 27.4, IC 95% 13.2-56.8,  $p < 0,0001$ ).

### **Conclusiones:**

La pérdida de bienestar fetal y la sepsis precoz favorecen el desarrollo de ECN, y que también parece aumentar con el uso de antibioterapia sistémica. El tratamiento antifúngico profiláctico, sin embargo, actuó como factor protector.



ID: 86 Oral 5 minutos

VENTAJAS DE OPERAR UNA ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE ANTES DE LA PERFORACIÓN: NINGUNA

*Fernández Bautista, Beatriz; Cerdá, Julio; Simal, Isabel; Pérez Egido, Laura; Fanjul, María; García-Casillas, María Antonia; Peláez, David; Molina, Esther; Parente, Alberto; Ortiz, Rubén; De Agustín, Juan Carlos*

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

### **Objetivos:**

El momento de operar una enterocolitis necrotizante (NEC) sigue siendo ambiguo y discutible.

Nuestro objetivo es evaluar si anticiparse a la perforación mejora la evolución de los pacientes con enterocolitis y valorar factores asociados a perforación intestinal.

### **Material y métodos:**

Revisamos retrospectivamente 46 pacientes intervenidos de enterocolitis necrotizante entre 2012-2015 divididos en dos grupos: perforados (40) y no perforados (16). Analizamos los factores de riesgo perinatales, clínicos, intraoperatorios y postoperatorios. Evaluamos como variables determinantes en la evolución la necesidad de resección intestinal, inicio del tránsito intestinal, inicio de nutrición enteral, días hasta extubación, complicaciones locales, necesidad de reintervención y mortalidad. Para el análisis utilizamos test chi-cuadrado de Pearson y Mann-Whitney.

### **Resultados:**

No hallamos diferencias significativas en cuanto a la evolución en ambos grupos excepto en la necesidad de resección intestinal (el grupo de perforados tenía resección en el 73,3 % frente al 25% del grupo de no perforados,  $p = 0,02$ ) sin asociar más casos de intestino corto. Sólo los pacientes no perforados presentaron estenosis intestinal como complicación (un 18% frente al 0%,  $p = 0,016$ ).

En cuanto a los hallazgos clínicos y radiológicos, la sangre en heces demostró ser más frecuente en el grupo de perforados (un 36% frente a un 6 %,  $p = 0,025$ ), y el aire ectópico sólo se encontró en pacientes perforados (30% frente al 0%,  $p = 0,015$ ).

### **Conclusiones:**

En nuestra experiencia anticiparse a la perforación en la enterocolitis necrotizante no ha demostrado mejorar la evolución de los pacientes, si bien la necesidad de resección intestinal en pacientes perforados es mayor.



ID: 122 Oral 5 minutos

## DRENAJE PERITONEAL COMO TRATAMIENTO DEFINITIVO EN LA ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE DE PREMATUROS DE BAJO PESO

*Murcia Pascual, Francisco Javier; Garrido Pérez, José Ignacio; Siu Uribe, Ariadna; Vargas Cruz, Verónica; Delgado Cotán, Lourdes; Vázquez Rueda, Fernando; Paredes Esteban, Rosa María*

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

### **Objetivos:**

El manejo de la enterocolitis necrotizante (ECN) avanzada en prematuros de bajo peso continúa siendo controvertido. El objetivo de este estudio es analizar los resultados del tratamiento en estos pacientes, así como valorar el papel del drenaje peritoneal como opción terapéutica definitiva.

### **Material y métodos:**

Estudio observacional y descriptivo de 31 pacientes menores de 1500g de peso, intervenidos en nuestro centro, con ECN avanzada en los últimos 15 años. Se clasificaron en dos grupos: G1 (n=21) <1000g y G2 (n=10) 1000-1500g.

### **Resultados:**

El peso medio en los pacientes del G1 fue  $791,7 \pm 137,5$ g y  $1280,7 \pm 207,9$ g en el G2 ( $p < 0,01$ ). La edad gestacional media de  $26 \pm 1$  semanas en el G1 y de  $30 \pm 2$  semanas en el G2 ( $p < 0,01$ ). El tiempo medio hasta el comienzo del cuadro de ECN avanzada fue  $9,4 \pm 4,4$  días en el G1 y  $16,7 \pm 13,5$  días en el G2 ( $p = 0,031$ ). En el G1 el 95,2% (n=20) de los pacientes se trataron mediante drenaje peritoneal y el 4,8% (n=1) mediante laparotomía; en el G2 el 60% (n=6) se trataron con drenaje peritoneal y el 40% (n=4) mediante laparotomía ( $p = 0,027$ ). El drenaje peritoneal fue tratamiento definitivo en el 84,2% (16/20) del G1, con una supervivencia del 56,3% (n=9); en el G2 el 50% (3/6), con una supervivencia del 66,7% (n=2) ( $p = 0,261$ ). En el G1 el 50% (2/4) de los drenajes que posteriormente precisaron laparotomía fallecieron; y en el G2 el 0% (0/3).

### **Conclusiones:**

El drenaje peritoneal es una opción terapéutica válida fundamentalmente en prematuros extremos y puede ser empleado como tratamiento definitivo.



ID: 219 Oral 5 minutos

## LAPAROTOMÍAS URGENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. RESULTADOS COMPARATIVOS CON LAS REALIZADAS EN QUIRÓFANO

*Santiago, Saïoa; Molino, José Andrés; Guillén, Gabriela; López, Sergio; Castilla, Yolanda; Ruiz, César; Lloret, Josep*

Centros: Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

### **Objetivos:**

Trasladar neonatos inestables al área quirúrgica (QFN) no siempre es posible ni está exento de riesgos. El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados de los pacientes intervenidos por patología quirúrgica abdominal urgente en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo (2010-2015) de los neonatos intervenidos por patología quirúrgica abdominal, comparando los operados en UCIN con los intervenidos en QFN.

### **Resultados:**

De 146 neonatos, 41 fueron intervenidos en UCIN frente a 105 en QFN. La patología de base más frecuente en UCIN fue enterocolitis necrotizante/isquemia (51,2%) y gastrosquisis (43,9%); mientras que en QFN fue enterocolitis necrotizante/isquemia (42,9%) y atresia intestinal (27,6%). El peso en el momento de la intervención fue 1653g (DE 808g) en UCIN y 2420g (DE 895g) en QFN. En UCIN el pH, la necesidad de drogas inotrópicas y ventilación invasiva previas fueron de 7,26 (DE 0,17), 39% y 100% respectivamente; en QFN fueron 7,37 (DE 0,09), 16,2% y 35,2% ( $p < 0,05$ ).

La mediana de temperatura al inicio fue 36,15°C (r:37,5-34) en UCIN y 35,5°C (r:37,5-31) en QFN; al finalizar de 36,35°C (r:37,6-31,8) y 35,8 (r:37,7-32,7). En la UCIN 9,76% presentaron infección de la herida quirúrgica y 34,2% sepsis postquirúrgica; en QFN fueron 12,4% y 23,1%. Hubo un 14,6% de éxitos en UCIN y 6,8% en QFN ( $p > 0,05$ ).

### **Conclusiones:**

Las intervenciones quirúrgicas en la UCIN son una alternativa segura. A pesar de tratarse de pacientes más inestables, los resultados son comparables a los intervenidos en quirófono, evitando la posible morbilidad derivada del traslado.



ID: 67 Oral 3 minutos

DEFORMIDADES CRANEALES POSTURALES. ¿QUIÉN Y CÓMO SE ATIENDE A ESTOS ENFERMOS?

*Molina Caballero, Ada Yessenia; Pérez Martínez, Alberto; Hernández Martín, Sara; Ayuso González, Lidia; Pisón Chacón, Javier; Martínez Bermejo, Miguel Ángel*

Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

### **Objetivos:**

Desde 2007 hemos valorado en consulta niños con deformidades craneales (DC). La creciente demanda y la falta de profesionales dedicados nos obligaron a asumir el tratamiento de esta patología. Presentamos nuestra experiencia.

### **Material y métodos:**

Estudio descriptivo retrospectivo de los enfermos con DC atendidos desde 2010 a 2015. Recopilamos datos sobre edad en la primera visita y al alta, medidas secuenciales del cráneo e índice craneal, tipo de tratamiento prescrito (postural, ortesis o ambos) e interconsulta a otras especialidades.

### **Resultados:**

Hemos atendido 261 pacientes afectados de deformidades craneales. Dos fueron diagnosticados de craneosinostosis. Del resto, solo 151 disponían de datos cuantitativos y se incluyeron en el estudio. Fueron 105 varones y 46 mujeres con edad media de 5,8 meses ( $\pm 1,9$  meses). 23 presentaban una braquicefalia pura, 126 formas mixtas y 2 presentaban plagiocefalia pura. Existía una importante disparidad entre observadores en la toma de medidas.

Todos fueron sometidos a un tratamiento postural protocolizado. En 36 enfermos que no mejoraban se pautó ortesis craneal con buena respuesta: 66,8% pasaron a formas más leves. Los que se mantuvieron sólo con tratamiento postural también mejoraron evolucionando a formas más leves en el 64,4%.

### **Conclusiones:**

Es imprescindible seguir un protocolo para unificar criterios y obtener resultados valorables. Las técnicas de medición craneal deben ser más precisas y reproducibles. Un buen tratamiento postural y empatía con la familia reducen la utilización de ortesis a casos muy seleccionados.



ID: 52 Oral 3 minutos

## ANOMALÍAS VASCULARES DE PRESENTACIÓN NEONATAL

*Bejarano, Miguel; Vicario, Francisco J; Soria, Andrea; Parri, Francisco J; Albert, Asteria*

Centros: Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

### **Objetivos:**

Las anomalías vasculares de presentación neonatal suponen un reto diagnóstico por la ausencia de semiología florida, de historia evolutiva y la conveniencia de restringir pruebas diagnósticas agresivas. El objetivo es revisar las características de los casos neonatales presentados a nuestra Unidad de Anomalías Vasculares en los últimos 5 años.

### **Material y métodos:**

Se recogen todos los casos de sospecha de anomalía vascular presentados a nuestra Unidad antes de 1 mes de edad entre 2010 y 2015. Se revisa el momento del diagnóstico en relación con la anomalía, las pruebas diagnósticas y los tratamientos efectuados con su cronología. Se comparan el diagnóstico de presunción y el de certeza, cuando lo hay.

### **Resultados:**

Se incluyen 26 pacientes:

17 tumores vasculares: 7 hemangiomas infantiles (2 viscerales), 5 NICH, 3 RICH, 1 hemangioma en penacho y uno sin tipificar.

3 malformaciones venosas: 2 con RM equívoca y un hemangioma verrucoso.

4 malformaciones linfáticas: 3 macroquísticas y una microquística.

2 lesiones muy vasculares que se diagnosticaron posteriormente (fibrosarcoma y adiponecrosis) y no eran anomalías vasculares.

Sólo 3 pacientes tenían diagnóstico prenatal, las malformaciones linfáticas macroquísticas.

### **Conclusiones:**

El diagnóstico preciso de las anomalías vasculares durante el primer mes de vida es difícil, incluso con RM.

En muy pocos casos se necesita una acción terapéutica precoz, por lo que vale la pena dar tiempo a la evolución, al menos durante unas semanas. Los diferentes tipos de tratamiento (observación, propranolol, biopsia, láser, embolización, exéresis?) dependerán de la patología a tratar. Una observación continuada puede evitar procedimientos y riesgos innecesarios.



ID: 224 Oral 3 minutos

## ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LAS ATRESIAS INTESTINALES EN NUESTRO MEDIO

*Siu Uribe, Ariadna; Betancourth-Alvarenga, Josué Eduardo; Garrido Pérez, José Ignacio; Vázquez Rueda, Fernando; Delgado Cotán, Lourdes; Paredes Esteban, Rosa María*

Centros: Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

### **Objetivos:**

La atresia intestinal (AI) es la malformación congénita obstructiva del tubo digestivo más frecuente. El objetivo es describir la morbimortalidad de la AI en nuestro medio.

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo de neonatos con AI intervenidos en nuestro centro en los últimos 15 años. Se realiza análisis descriptivo recogiendo variables clínicas y epidemiológicas. Análisis estadístico cualitativo y cuantitativo analizando frecuencias, porcentajes, medianas y rangos (programa SSPS 18.0).

### **Resultados:**

Un total de 32 pacientes, 40.6% (13) mujeres y 59.4% (19) varones, edad materna de  $31 \pm 5$  años, controles prenatales en el 96.8% (30) y diagnóstico prenatal en 68.8% (22). Edad gestacional de  $35 \pm 3$  (25-41 SG), peso al nacer  $2506 \pm 516$  g (920-3470g). El 53% (17/32) de localización duodenal (65% extrínseca, 35% Tipo I); el 37.5% (12/32) yeyunoileal (16.6% Tipo I, 25% Tipo II, 16.6 Tipo IIIa, 16.6 % Tipo IIIb y 25% Tipo IV); el 6.5% (2/32) colónica y 3% (1/32) pilórica. En el 65.6% (21/32) se asociaba otra malformación congénita. El 81.3% (26) fueron intervenidos en las primeras 48 horas de vida. El 15.6% (5/32) precisó derivación intestinal. 21.8% (7/32) presentaron complicaciones requiriendo reintervención en el 71% (5/7) con 1 caso de intestino corto. Tiempo medio de inicio de nutrición enteral 10 días (RIQ 7-15), mayor en los pacientes con atresia ileal. Estancia hospitalaria de 33 días (RIQ 23-66 días) y mortalidad general del 9.3%.

### **Conclusiones:**

En nuestra serie las atresias yeyunoileales han presentado mayor morbilidad en relación a las atresias duodenales que presentan mayor mortalidad como consecuencia de malformaciones asociadas.



ID: 256 Oral 3 minutos

## UTILIDAD DE LA FETOSCOPIA DURANTE UN PROCEDIMIENTO EXIT

*Prat, Jordi 1; Muñoz, Elena 1; de Haro, Irene 1; Martínez, Josep María 2; Gratacòs, Eduard 2; Castañón, Montserrat 1*

1 Hospital Sant Joan de Déu; 2 Hospital Sant Joan de Déu-Hospital Clínic. Centro de Medicina Fetal. Barcelona.

### **Objetivos:**

Presentar la utilidad de la fetoscopia en la secuencia de procedimientos a realizar para conseguir una vía aérea segura durante el EXIT.

### **Material y métodos:**

Revisión de los casos en los que como primera medida hemos utilizado la fetoscopia, antes incluso del propio procedimiento EXIT.

### **Resultados:**

En los tres últimos casos de fetos con obstrucción de la vía aérea, el día programado para el nacimiento, hemos empezado el procedimiento con una fetoscopia. En dos ocasiones se ha podido intubar al feto intraútero. Otro paciente presentaba una atresia de laringe a nivel subglótico. Durante el EXIT, los dos fetos en los que se había visualizado la tráquea por fetoscopia pudieron ser intubados con un tubo oro-traqueal. En uno de los fetos, la intubación se consiguió tras calzar el fetoscopio con un tubo. La atresia traqueal se manejó directamente con una traqueotomía; no se perdió ni un minuto intentando una intubación oro-traqueal.

### **Conclusiones:**

La fetoscopia previa al EXIT ayuda mucho a predecir qué fetos podrán ser intubados y cuáles necesitarán una traqueotomía. Todo ello, sin consumir tiempo de EXIT y, por tanto, aumentando la seguridad de este procedimiento. Sin embargo, es difícil y requiere experiencia. Como ventaja adicional en casos de vía aérea muy complicada, es posible intubar al feto con el fetoscopio inyectando suero a presión para distender la vía aérea (éste es el único momento de la vida en que esta técnica es posible). La visualización de la vía aérea que se consigue es mejor que la que proporciona el fibrobroncoscopio o la broncoscopia rígida.





## CIRUGÍA FETAL Y NEONATAL II

ID: 252 Oral 5 minutos

¿CUÁNDO DEBE TERMINARSE LA GESTACIÓN DE UNA GASTROSQUISIS?

*Prat, Jordi; Calvo, Elena; Sabrià, Joan; Muñoz, Elena; Miró, Elisabeth; Pertierra, África; Castañón, Montserrat*

Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

### **Objetivos:**

Determinar el momento ideal del nacimiento en los pacientes con gastrosquisis que se relacione con una mejor evolución postnatal.

### **Material y métodos:**

Revisión retrospectiva (2006-2015) de las gastrosquisis cuyos datos ecográficos prenatales hemos podido relacionar con las características de los pacientes y su evolución clínica posterior.

### **Resultados:**

Veintidós gastrosquisis cumplieron el requisito anterior. Diez casos tuvieron una evolución sin incidencias significativas (1 paciente tenía una atresia de colon). Su edad gestacional media (EGM) fue de 34,2 semanas. Todos ellos tuvieron un cierre directo. Su tiempo medio de NPT e ingreso fue de 23 y 33 días respectivamente. Doce pacientes tuvieron una evolución complicada. Su EGM fue 33,5 semanas. Cinco pacientes fueron éxitos (1 atresia múltiple con intestino ultracorto; 1 necrosis intestinal masiva, 1 fallo multiorgánico precoz, 1 muerte súbita tardía, 1 meningitis tras sepsis por E. coli). Seis precisaron un cierre diferido. La media de días de NPT y estancia fue 84 y 92. En este grupo hubo 15 episodios de sepsis y 17 reintervenciones (sin contar el cierre definitivo). Ningún parámetro ecográfico prenatal predice con fiabilidad una evolución desfavorable. En 13 casos se finalizó la gestación porque aparecieron cambios súbitos en la ecografía (EGM=33,5; rango 30,3 a 36,5 semanas): de éstos sólo 1 precisó un silo, hubo 2 casos de atresia y 9 pacientes evolucionaron sin ninguna complicación.

### **Conclusiones:**

Terminar la gestación cuando se produce un cambio súbito de la apariencia ecográfica de los intestinos fetales es la única estrategia que nos ha permitido disminuir la incidencia de complicaciones en los pacientes con gastrosquisis.



ID: 246 Oral 5 minutos

## PROTOCOLO DE MANEJO EN LAS GASTROSQUISIS

*Villamil, Vanesa; Aranda García, María Josefa; Sánchez Morote, Juana; Ruiz Pruneda, Ramón; Fernández Ibieta, María; Sánchez Sánchez, Ángela; Martínez Castaño, Irene; Rojas-Ticona, Javier; Giménez Aleixandre, María Cristina; Ruiz Jiménez, José Ignacio*

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

### Objetivos:

Clásicamente existen dos manejos de las gastrosquisis: cierre directo o diferido. Nosotros apostamos por el cierre directo aplicando protocolo de actuación en el que se programa cesárea a las 34-35 semanas de gestación para minimizar el "peel".

### Material y métodos:

Estudio retrospectivo de los pacientes con gastrosquisis en los períodos pre (1978-2006) y post (2007-2016) implantación del protocolo, comparando frecuencia de gastrosquisis complejas, la presencia o ausencia de peel, cierre directo o diferido, complicaciones, reintervenciones, días de ingreso en unidad de cuidados intensivos, edad al inicio de nutrición enteral, nutrición parenteral total y días de hospitalización.

### Resultados:

Grupo de estudio: previo (12) y posterior (13) al protocolo (previo/post). La frecuencia de gastrosquisis complejas en el período previo fue de 9 neonatos, en el período post sólo 1 ( $p=0,001$ ). El número de reintervenciones fue de 58,33% previo vs. 15,38% post ( $p=0,025$ ). Las complicaciones postoperatorias fueron 66,67% previo frente a 23,07% post ( $p=0,028$ ) y existió una disminución de los días de estancia en la unidad de cuidados intensivos de  $40 \pm 32$  vs.  $17 \pm 12$  ( $p=0,025$ ) y de los días de nutrición parenteral ( $61 \pm 36$  frente a  $15 \pm 6$ ;  $p=0,043$ ). La edad al inicio de la nutrición enteral fue de  $34 \pm 26$  vs.  $9 \pm 5$  días ( $p=0,004$ ) y los días de hospitalización fueron de  $98 \pm 81$  días previo frente a  $35 \pm 15$  días post protocolo ( $p=0,011$ ).

### Conclusiones:

La implantación del protocolo ha permitido el cierre directo, la disminución de la estancia hospitalaria, de las complicaciones y de la mortalidad.



ID: 46 Oral 5 minutos

## EL EDEMA DE MESO COMO SIGNO ECOGRÁFICO PRENATAL DE MAL PRONÓSTICO EN GASTROSQUISIS

*Dore Reyes, Mariela 1; Triana Junco, Paloma 1; Encinas Hernández, José Luis 1; Antolín Alvarado, Eugenia 2; Bartha Rasero, José Luis 2; Rodríguez, Roberto 2; Núñez Cerezo, Vanesa 1; Gómez Cervantes, Manuel 1; Sánchez Galán, Alba 1; Martínez Martínez, Leopoldo 1; López-Santamaría, Manuel 1*

1 Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario La Paz; 2 Servicio de Obstetricia, Unidad de Medicina Fetal, Hospital Universitario La Paz. Madrid.

### Objetivos:

La gastrosquisis es una anomalía congénita de fácil diagnóstico prenatal y pronóstico postnatal variable. Nuestro objetivo es determinar si los signos ecográficos prenatales o el momento del parto se relacionan con peor pronóstico postnatal.

### Material y métodos:

Estudio retrospectivo de la cohorte de pacientes con gastrosquisis de los últimos 10 años, estudiando ecografías prenatales y evolución postnatal. Consideramos factores de riesgo: oligohidramnios, peel, edema del meso, asas fijas, aperistálticas y/o dilatadas y defecto pequeño. Valoramos también la influencia de la edad gestacional al parto. Como variables resultado se incluyeron: estancia hospitalaria, complicaciones, mortalidad y factores nutricionales y respiratorios. Se utilizaron pruebas no paramétricas considerándose significativo un valor  $p < 0,05$ .

### Resultados:

Se analizaron 30 pacientes con gastrosquisis (17V/13M). La edad gestacional al diagnóstico fue 20 (12-31) y al parto 36 (31-39) semanas (33% mayores de 36+3 semanas). El 73% de los pacientes presentaron al menos un signo ecográfico de mal pronóstico. En el análisis univariante el edema de meso se asoció a más riesgo de síndrome de intestino corto ( $p=0,000$ ), falta de autonomía digestiva ( $p=0,007$ ) y mayor incidencia de atresia ( $p=0,02$ ). El resto de los factores, incluyendo la edad gestacional más tardía, no tuvieron repercusión negativa en términos de estancia, asistencia respiratoria, días hasta autonomía digestiva, complicaciones o mortalidad.

### Conclusiones:

Ni la presencia de signos ecográficos considerados generalmente como desfavorables ni la tendencia a acercar el parto a la semana 36 tienen repercusiones significativas en el curso postnatal. Únicamente el edema del meso es un signo alarmante que sugiere la necesidad de aumentar la frecuencia de exploraciones.



ID: 131 Oral 5 minutos

FLAP MUSCULAR ABDOMINAL EN EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA: EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO.

*García, Laura; Molino, José Andrés; Guillén, Gabriela; López, Sergio; Laín, Ana; García-Fontecha, César; Ruíz, César; Lloret, Josep*

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

### **Objetivos:**

La reparación de grandes defectos diafragmáticos en los que no es factible realizar un cierre primario continúa siendo un reto. Se han empleado diferentes tipos de parches con resultados variables. Como alternativa, el flap muscular abdominal ofrece la ventaja de tratarse de material autólogo vascularizado. Analizamos nuestra experiencia con el uso de flap muscular abdominal.

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo (2003-2015) de pacientes con HDC reparadas con un flap muscular abdominal (músculos oblicuo interno y transversos).

### **Resultados:**

Realizamos 10 flaps musculares en 101 pacientes con HDC (9,9%). En 7 pacientes (7/10) se realizó oclusión traqueal prenatal. En dos casos (2/10) recidivó el defecto (a los 6 meses y a los 6 años). La debilidad abdominal inicial se resolvió en todos los pacientes salvo un caso que requirió abdominoplastia por motivos estéticos. Dos pacientes desarrollaron escoliosis progresiva moderada (Cobb 20° y 41°), aunque solo uno precisó tratamiento ortopédico. Seis casos presentan asimetría torácica leve no progresiva ni tributaria de tratamiento. El lung-to-head-ratio (LHR) de los pacientes que desarrollaron deformidad torácica fue de 0.79, mientras que en los que no la presentaron fue de 1,5 ( $p < 0,05$ ) Con un seguimiento de 7,4 años (DE 1,3;(4,48-10,4)) todos los pacientes sobreviven.

### **Conclusiones:**

El flap muscular abdominal es una alternativa eficaz en el tratamiento de grandes defectos diafragmáticos. Las deformidades musculoesqueléticas asociadas, influenciadas en cierto grado por el componente de hipoplasia pulmonar, obligan a realizar un seguimiento estrecho de estos pacientes.



ID: 127 Oral 5 minutos

## EL PAPEL DE LA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL ELECTIVA EN EL MANEJO DE LAS ATRESIAS DE ESÓFAGO CON FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA.

*Betancourth-Alvarenga, Josué Eduardo; Murcia Pascual, Francisco Javier; Garrido Pérez, José Ignacio; Vargas Cruz, Verónica; Escassi Gil, Álvaro; Vázquez Rueda, Fernando; Paredes Esteban, Rosa María*

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

### Objetivos:

Las atresias de esófago (AE) con/sin fístula traqueoesofágica (FTE) asocia una elevada morbimortalidad especialmente en neonatos con peso <1500g y cardiopatía asociada. Otros factores como la intubación orotraqueal (IOT) electiva pueden influir en la evolución postoperatoria. El objetivo del trabajo es establecer si la intubación electiva influye en el resultado postoperatorio de las AE/FTE intervenidas en nuestro centro.

### Material y métodos:

Revisión retrospectiva de las AE/FTE intervenidas, analizando factores de riesgo, cuidados postoperatorios y morbimortalidad. Se realiza un análisis por subgrupos en relación al tiempo de IOT: Grupo-A (<48hrs) n=28 y Grupo-B (>48hrs) n=33.

### Resultados:

Un total de 74 AE de las que el 90.6% (n=67) se asociaron a FTE, peso medio de 2,395±652g y el 54.1% (n=40) correspondían a varones. El 38.2% (n=26) tenía <1500g y/o Cardiopatía asociada (Spitz II-III). En el 8.8% (n=6) se realizó corrección en dos tiempos incluyendo 2.9% (n=2) "Long-Gap". El Grupo-A precisó reintubación urgente en el 60.7%, en el 50.0% presentó fugas anastomóticas, en el 10.7% refistulizaciones y en el 42.9% infecciones. El Grupo-B con 18.2% reintubaciones urgentes, 36.4% fugas anastomóticas, 3.0% refistulizaciones y 54.5% infecciones. La mortalidad fue de 28.6% (Grupo-A) a 18.2% (Grupo-B).

### Conclusiones:

La IOT electiva disminuye la necesidad de reintubación urgente y podría reducir el riesgo de fugas anastomóticas y estenosis residuales; por el contrario, parece aumentar el riesgo de infecciones respiratorias. Con el control adecuado de las infecciones y la protección de la anastomosis mediante IOT electiva, podríamos conseguir una mejor supervivencia en estos pacientes.



ID: 42 Oral 5 minutos

## RESULTADOS DE LA MODIFICACIÓN DE LA ACTITUD ANTE LA ASEPSIA EN CIRUGÍA NEONATAL: PEQUEÑOS CAMBIOS, GRANDES RESULTADOS

*Martínez Castaño, Irene; Aranda García, María José; Sánchez Morote, Juana María; Ruiz Pruneda, Ramón; Fernández Ibieta, María; Rojas Ticona, Javier; Villamil, Vanesa; Sánchez Sánchez, Ángela; Giménez Aleixandre, María Cristina; Ruiz Jiménez, José Ignacio*

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

### Objetivos:

La infección de herida quirúrgica neonatal tiene una incidencia de hasta el 50% y produce un aumento de morbilidad y mortalidad. No existen recomendaciones preventivas consensuadas en la literatura. Presentamos los resultados tras la implantación de un protocolo creado en nuestro servicio para cierre de laparotomía en cirugía contaminada y sucia neonatal.

### Material y métodos:

Estudio ambispectivo de las laparotomías neonatales realizadas durante 32 meses comparando los resultados con pacientes de un periodo previo similar. El protocolo incluye cambio de guantes, de campo y material quirúrgico, lavado por planos con antiséptico y sutura antibacteriana en el cierre (P). Se analiza edad, peso, tipo de intervención, infección, estancia hospitalaria y mortalidad y se compara con grupo similar de pacientes intervenidos de forma previa a la creación del protocolo (NP).

### Resultados:

El grupo P incluye 55 laparotomías en 32 neonatos con peso medio 1490g (730-2900), edad media 27 días (1-40) con 3 infecciones de herida (2 cultivos positivos) y 2 dehiscencias leves (9%) con una estancia media 74 días (8-152). El grupo NP incluyó 26 intervenciones en 14 neonatos, peso medio 2800g (660-3500), edad media 22 días (1-60), 14 infecciones (53,8%), 8 cultivo positivo, estancia media 59 días (9-210) y 2 muertes. Se redujo 44,8% la aparición de infección ( $p < 0,0001$ ).

### Conclusiones:

La sencilla modificación de la asepsia y técnica de cierre ha contribuido a disminuir considerablemente la tasa de infección y morbilidad y mortalidad en nuestros pacientes y consideramos que es necesario hacer conciencia de ello.



ID: 245 Oral 5 minutos

## COMPLICACIONES INTESTINALES EN EL SÍNDROME DE TRASFUSIÓN FETO FETAL (STFF)

*Sánchez-Galán, Alba; Encinas Hernández, José Luis; Antolín Alvarado, Eugenia; Vilanova Sánchez, Alejandra; Dore Reyes, Mariela; Triana Junco, Paloma; López-Santamaría, Manuel*

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

### **Objetivos:**

El desequilibrio hemodinámico secundario a la presencia de anastomosis vasculares placentarias en el STFF así como los cambios hemodinámicos generados durante y tras su tratamiento mediante fotocoagulación con láser (FC), puede dar lugar a complicaciones hipóxico-isquémicas en distintos sistemas. Revisamos nuestra experiencia en el tratamiento del STFF con FC y presentamos las complicaciones intestinales encontradas.

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo de casos tratados intraútero entre 2012 y 2015. Recogimos datos sociodemográficos, terapia fetal, pruebas diagnósticas prenatales (ecografía, RM) y resultados perinatales. Expresamos las medidas en medianas y rangos.

### **Resultados:**

Se procedió al tratamiento intraútero de 31 gestaciones monocoriales complicadas con STFF (25 FC, 4 oclusiones de cordón y 2 FC seguidos de oclusión). La edad gestacional en el procedimiento fue 19(16-25) semanas 50% en estadios iniciales (I-II de Quintero) y 50% en estadios avanzados (III-IV de Quintero). El 70% de las madres tuvieron al menos 1 feto vivo, con mediana de 27(17-37) semanas al parto. Presentaron problemas intestinales 4 pacientes (1 enterocolitis necrotizante con perforación, 1 atresia yeyunal, 2 atresias ileales) tratándose en 2 de ellos del feto donante. Postnatalmente se realizó resección del segmento afecto y ostomía. Actualmente se ha restablecido el tránsito intestinal en todos sin secuelas digestivas graves tras 21(8-38) meses de seguimiento.

### **Conclusiones:**

Hemos descrito distintos tipos de complicaciones intestinales asociadas al STFF y/o su tratamiento con FC. Es posible hacer el diagnóstico prenatal de dichas complicaciones mediante ecografía y RM. Su conocimiento pone al cirujano en alerta y es importante en la toma de decisiones postnatales.



ID: 56 Vídeo 3 minutos

## LIGADURA DE LA ARTERIA SACRA MEDIA MEDIANTE LAPAROSCOPIA PREVIA A LA EXÉRESIS DE UN TERATOMA SACROCOCCÍGEO.

*Girón-Vallejo, Oscar; Ruiz-Pruneda, Ramón; Martínez-Castaño, Irene; Villamil, Vanesa; Sánchez-Sánchez, Ángela; Rojas-Ticona, Javier; Giménez-Aleixandre, María Cristina; Ruiz-Jiménez, José Ignacio*

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

### **Objetivos:**

El shock hipovolémico asociado a la hemorragia durante la exéresis de teratomas sacrococcígeos, es una complicación grave y potencialmente mortal en el abordaje de estos tumores. Existen estudios que avalan la ligadura de la arteria sacra media de manera previa a la resección. Presentamos un caso de teratoma sacrococcígeo con componente pélvico, al que realizamos una ligadura de la arteria sacra media mediante laparoscopia.

### **Material y métodos:**

Recién nacida a la que se le diagnosticó en la ecografía prenatal una tumoración presacra que al nacimiento presentaba un tamaño de 6.5 x 4 cm. A la exploración, se objetivó un componente extraabdominal y en la resonancia magnética se apreció además un componente pélvico de 4 x 2 cm. Se clasificó como tipo 2 de Altman. Realizamos una laparoscopia colocando 3 trócares de 3 mm en región supraumbilical y ambos flancos. Se pexió el útero a la cara anterior del abdomen, para ampliar el campo quirúrgico. Disecamos el espacio perirrectal hasta localizar la arteria sacra media, que fue electrocoagulada y seccionada. Posteriormente la paciente se colocó en decúbito prono para continuar la exéresis clásica del teratoma.

### **Resultados:**

La paciente no presentó ninguna hemorragia relevante, y la resección del componente pélvico, se realizó sin complicaciones intraoperatorias. La paciente fue alta a los 10 días.

### **Conclusiones:**

La mayor causa de mortalidad en los teratomas sacrococcígeos es el shock hemorrágico. Para evitarlo se ha propuesto el control vascular de la arteria sacra media y actualmente la laparoscopia es una alternativa segura y factible, sobre todo, en casos con componente intraabdominal.





## CIRUGÍA TORÁCICA II + CIRUGÍA VASCULAR

ID: 113 Oral 5 minutos

RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS ESTENOSIS SUBGLÓTICAS Y TRAQUEALES ADQUIRIDAS: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA

*Vilanova, Alejandra; De la Torre, Carlos A; Sánchez Galán, Alba; Ortiz, Rubén; Núñez Cerezo, Vanessa; Encinas, José Luis; Hernández Oliveros, Francisco; López Santamaría, Manuel*

Hospital La Paz. Madrid.

### Objetivos:

La estenosis adquirida de la vía aérea es una complicación frecuente tras la intubación endotraqueal. La dilatación endoscópica ha sido aceptada como tratamiento de elección en los casos detectados de forma precoz.

Nuestro objetivo es conocer el estado actual de los pacientes tratados en nuestro centro mediante dilatación endoscópica en los últimos 10 años.

### Material y métodos:

Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes con estenosis subglóticas y traqueales (EST) adquiridas tratadas endoscópicamente mediante dilatación con balón en nuestro centro en los últimos 10 años. Se realizaron broncoscopias de control a las 2, 4, 12 y 24 semanas postdilatación. Posteriormente se repitieron controles en función de la clínica.

### Resultados:

Se trataron 28 pacientes con EST con una mediana de edad de 4.5 (3-120) meses. Fueron necesarias 2.5 (1-5) dilataciones por paciente. Todos los pacientes fueron extubados en quirófano o en las 24 horas siguientes al procedimiento. No hubo complicaciones en el postoperatorio. El tiempo de seguimiento fue de 6(1-10) años. Solo uno presentó recidiva de la estenosis 2 años después. Ésta se debió a reintubaciones sucesivas por nuevas intervenciones quirúrgicas y fue dilatada nuevamente.

### Conclusiones:

La dilatación endoscópica precoz en las estenosis adquiridas de la vía aérea es un procedimiento seguro y eficaz a largo plazo. Los resultados avalan el uso de esta técnica como tratamiento de elección en estos pacientes.



ID: 10 Oral 5 minutos

## EXPERIENCIA INICIAL CON ENDOPRÓTESIS BIODEGRADABLES EN LA VÍA AÉREA PEDIÁTRICA: ¿ESTAMOS MÁS CERCA DE LA PRÓTESIS IDEAL?

*Tordable Ojeda, Cristina; Antón-Pacheco, Juan Luis; Carrillo Arroyo, Isabel; Morante Valverde, Rocío; Benavent Gordo, María Isabel; Aneiros Castro, Belén; Gómez Fraile, Andrés*

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

### **Objetivos:**

Presentar nuestra experiencia con el empleo de endoprótesis biodegradables en la vía aérea en el contexto clínico de obstrucción traqueobronquial grave.

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo y prospectivo (desde junio 2014) de pacientes con obstrucción grave de la vía aérea tratados en nuestro centro con prótesis biodegradables desde marzo 2012 hasta diciembre 2015. Se han analizado las siguientes variables: datos demográficos, indicación, hallazgos broncoscópicos, complicaciones en la colocación de las prótesis, resultado clínico, complicaciones y tiempo de seguimiento.

### **Resultados:**

17 endoprótesis biodegradables de polidioxanona fueron implantadas en 6 pacientes (edad mediana, 5 meses) con obstrucción traqueobronquial grave: traqueomalacia (4 casos), broncomalacia (1), estenosis traqueal extensa (1). Todas las prótesis se colocaron sin incidencias con broncoscopia rígida y control fluoroscópico. Se observó mejoría clínica inmediata y mantenida en 5 pacientes (83%). No han ocurrido complicaciones graves relacionadas con el uso de las prótesis, observando tejido de granulación leve-moderado en broncoscopias de control. Tres pacientes han requerido prótesis sucesivas según lo esperado, y en un caso con traqueomalacia extensa la prótesis se retiró precozmente por falta de eficacia. Los 5 pacientes con prótesis han tenido una evolución satisfactoria con un seguimiento que entre los 5 y los 45 meses.

### **Conclusiones:**

A pesar de la corta experiencia, las prótesis biodegradables parecen ser eficaces y seguras, produciendo menos complicaciones que otros tipos de prótesis. Pueden ser una alternativa a las endoprótesis metálicas o plásticas clásicas empleadas en malacias o estenosis graves. Se requiere más experiencia y estudios colaborativos para establecer los criterios definitivos para su uso en niños.



ID: 133 Oral 5 minutos

## TRAUMATISMO TORÁCICO. ANÁLISIS DE RESULTADOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA

*Jiménez Gómez, Javier; Gómez Cervantes, Juan Manuel; De la Torre Ramos, Carlos Andrés; Castro Parga, Luis E; Menéndez Suso, Juan J; Aroca Peinado, Ángel; Uceda Galiano, Ángela; Sánchez Galán, Alba; Romo Muñoz, Martha Isabel; Murcia Zorita, Francisco Javier; Vázquez Estévez, Juan José; López Santamaría, Manuel*

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

### **Objetivos:**

El traumatismo torácico es la segunda causa de muerte, tras el traumatismo craneoencefálico en accidentes infantiles, debido a las lesiones de riesgo inminente de muerte (RIM): neumotórax a tensión, contusión pulmonar bilateral, volet costal y taponamiento cardiaco. Además, tiene una elevada morbilidad por las lesiones asociadas en otros órganos. Analizamos nuestra experiencia.

### **Material y métodos:**

Se incluyeron los casos de traumatismo torácico tratados en nuestro centro en el periodo 2005-2015 recogiendo el injury severity score (ISS) de todos los pacientes. Analizamos las actuaciones y sus resultados.

### **Resultados:**

Se recogieron 59 pacientes (39 niños/ 20 niñas). Los traumatismos se dividen en 42 politraumatismos (24 tráfico, 12 precipitaciones, 6 otros), 10 toracoabdominales y 7 torácicos aislados. La edad media fue de 7 años (1-14). Se produjeron 14 contusiones pulmonares (2 bilaterales), 8 neumotórax, 5 hernias diafragmáticas postraumáticas, 3 laceraciones traqueales, 3 hemotórax, 1 taponamiento cardiaco secundario a lesión del ventrículo izquierdo y 1 hernia pulmonar. El ISS promedio fue de 13.45 (1-59). Se realizaron 5 laparotomías, 1 esternotomía y drenaje torácico aislado en 4 ocasiones. La estancia media en UCI fue de 2.8 días con una supervivencia del 100% durante el periodo de seguimiento: 3.68 años (1mes-10años).

### **Conclusiones:**

Las lesiones torácicas aisladas son infrecuentes (12%), siendo las multiorgánicas las causantes de su elevada morbilidad. Ocho de los pacientes (15%) presentaron lesiones RIM, requiriendo procedimientos urgentes. En nuestra experiencia la atención protocolizada y multidisciplinar, ha reducido la mortalidad secundaria a las lesiones torácicas y minimizado la morbilidad asociada.



ID: 201 Oral 3 minutos

## RIESGO ANESTÉSICO ACTUAL DE LAS MASAS MEDIASTÍNICAS ANTERIORES

*Aguilera Pujabet, Montserrat; Guillén Burrieza, Gabriela; Montferrer Estruch, Núria; López Fernández, Sergio; Molino Gahete, José Andrés; Jiménez Arribas, Paula; Lloret Roca, Josep*

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

### **Objetivos:**

Analizar el riesgo actual de eventos anestésicos durante intervenciones quirúrgicas en pacientes con masas mediastínicas anteriores (MMA) en un centro terciario, teniendo en cuenta los factores de riesgo estadísticamente significativos (ES) publicados en la literatura a la hora de planificar el procedimiento.

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo 2009-2015 de los pacientes pediátricos con MMA sometidos a procedimientos quirúrgicos al debut. Se registraron: factores de riesgo publicados (clínicos, radiológicos), particularmente los ES, diagnóstico, procedimiento quirúrgico y anestésico, medidas especiales y eventos anestésicos. Los pacientes se clasificaron como alto o bajo riesgo según presentasen compresión en vía aérea o vascular o síntomas de gravedad.

### **Resultados:**

Registramos 38 pacientes (edad 13.5 años, 1.4-17.3). El 94.7% presentaban trastornos linfoproliferativos. El 50% tenía síntomas respiratorios y 76.3% fue considerado como alto riesgo, al presentar uno o más factores ES. Sólo 2 casos recibieron neoadyuvancia. Se realizaron 29 biopsias (4 toracoscópicas), 11 catéteres centrales, 2 drenajes torácicos y 3 resecciones. La técnica anestésica consistió en sedación 52.6% y diversas formas de anestesia general 47.4% (14/18 casos de alto riesgo). En 63.2% el paciente permaneció semisentado. Sólo registramos 2 eventos (5.3%) consistentes en dificultad para la ventilación, respondiendo ambos a medidas básicas. Todas las intervenciones se finalizaron satisfactoriamente.

### **Conclusiones:**

La evaluación preoperatoria del riesgo en MMA mediante historia clínica y TAC/RMN junto a la planificación anestésico-quirúrgica conduce a unos resultados excelentes. Deben favorecerse los procedimientos menos invasivos, pero si son precisos, la anestesia general planificada y en manos expertas es segura incluso en pacientes de riesgo.



ID: 109 Oral 3 minutos

## INGESTIÓN DE CÁUSTICOS EN LA INFANCIA: NUESTRA EXPERIENCIA EN 15 AÑOS.

*Núñez Cerezo, Vanesa; Romo Muñoz, Martha; De La Torre Ramos, Carlos; Triana Junto, Paloma; Dore Reyes, Mariela; Gómez Cervantes, Manuel; Jiménez Gómez, Javier; Sánchez Galán, Alba; Vilanova Sánchez, Alejandra; Martínez Martínez, Leopoldo; López Santamaría, Manuel*

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

### **Objetivos:**

Las lesiones por ingesta de cáusticos son muy variables y su tratamiento inicial es controvertido, ya que el nivel de evidencia científica es bajo. Nos planteamos en este trabajo revisar nuestra experiencia y modificar, basándonos en ella y en la mejor literatura existente, el protocolo diagnóstico-terapéutico.

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo de la cohorte de pacientes atendidos en nuestro centro por ingesta de cáusticos en los últimos 15 años. Se analizaron parámetros descriptivos poblacionales, tipo de cáustico y su pH, clínica, tratamiento y complicaciones a corto y largo plazo. Se compararon los resultados en función del tipo de tratamiento recibido. A su vez se realizó una revisión de los artículos científicos sobre dicha patología.

### **Resultados:**

Se estudiaron 91 pacientes de edad  $2,9 \pm 0,43$  años (67 varones). Los productos ingeridos más habituales fueron los álcalis y líquidos, siendo el más frecuente el detergente industrial. El vómito fue el síntoma de presentación más frecuente. De los 65 que tenían al inicio lesiones bucales se realizaron 37 endoscopias, que fueron patológicas en un 70,2%. Catorce desarrollaron estenosis esofágica, precisando todos dilataciones esofágicas repetidas (rango 1-48), y 11 requirieron una sustitución esofágica. El 58% de los pacientes recibieron tratamiento corticoideo y antibiótico, sin que esto mejorase del desarrollo de estenosis ( $p < 0,925$ ). Con todos los datos analizados y las principales fuentes bibliográficas se desarrolló el siguiente algoritmo terapéutico (imagen adjunta).

### **Conclusiones:**

La experiencia y la literatura son controvertidas y no concluyentes en el tratamiento de la ingestión cáustica, por lo que proponemos nuestro algoritmo terapéutico para un manejo homogéneo.



ID: 270 Vídeo 3 minutos

## VENTILACIÓN UNIPULMONAR CON BLOQUEADOR PARA LOBECTOMÍAS EN LACTANTES. NOSOTROS LO HACEMOS ASÍ, ¿Y TÚ?

*López, M I; Romero, M 2; Cano, I I; Tordable, C I; Morante, R I; García, A I; Benavent, MI I*

1 Servicio de Cirugía Pediátrica - HU 12 de Octubre; 2 Servicio de Anestesiología infantil - HU12 de Octubre. Madrid.

### **Objetivos:**

A pesar de que las lobectomías en lactantes se pueden realizar con neumotórax inducido, controlado, consiguiendo una buena cámara torácica, la difusión de CO<sub>2</sub> a la sangre no está exenta de riesgos y en ocasiones la insuflación del pulmón dificulta la maniobrabilidad. Es por esto que la ventilación unipulmonar puede ser una buena arma para conseguir un espacio adecuado de trabajo en la cavidad pleural. En pacientes mayores los tubos de doble luz o los bloqueadores bronquiales pueden ser buenas alternativas, pero en lactantes la colocación es más laboriosa. Mostrar nuestra técnica de colocación de bloqueador bronquial en estos pacientes.

### **Material y métodos:**

Mostramos nuestros primeros casos con ventilación unipulmonar en pacientes sometidos a lobectomía toracoscópica entre (julio 2015 y enero 2016).

### **Resultados:**

Operamos 5 pacientes (edad media 7 meses con rango de 2m-11m) con pesos comprendidos entre 3,8kg y 8,3kg y con diagnósticos preoperatorios de malformación congénita de la vía aérea pulmonar y ELC. En todos ellos se realizó lobectomía del lóbulo afecto por vía toracoscópica y ventilación unipulmonar mediante bloqueador bronquial. El tiempo quirúrgico fue similar a los casos previos. No hubo complicaciones relacionadas con la intubación, ni intraoperatorias ni postoperatorias. En un caso fue necesario mantener ventilación bipulmonar por ventilación ineficaz. En todos los casos se consiguió expansión completa intraoperatoria y en el postoperatorio inmediato.

### **Conclusiones:**

La ventilación unipulmonar en lactantes se viene realizando durante años con diferentes métodos, nosotros aportamos nuestra técnica de intubación con bloqueadores bronquiales para la realización de las lobectomías toracoscópicas.



ID: 215 Vídeo 3 minutos

## REPARACIÓN POR TORACOSCOPIA DE UNA HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DERECHA ASOCIADA A RIÑÓN ECTÓPICO TORÁCICO

*Hernández Martín, Sara; Pérez Martínez, Alberto; Molina Caballero, Ada Yessenia; Pisón Chacón, Javier; Ayuso González, Lidia; Martínez Bermejo, Miguel Ángel*

Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

### Objetivos:

La asociación de una hernia diafragmática congénita (HDC) con riñón ectópico torácico se encuentra poco descrita en la literatura. Suelen ser defectos izquierdos reparados mediante laparotomía con nefropexia. Presentamos el video de la corrección toracoscópica de una HDC derecha con riñón torácico en una lactante.

### Material y métodos:

Niña de 7 meses, asintomática salvo retraso ponderoestatural significativo, diagnosticada de riñón derecho ectópico torácico mediante gammagrafía renal solicitada por sospecha prenatal de riñón único izquierdo. Completado el estudio con RMN, se identifica HDC con saco herniario conteniendo asas de delgado, colon y riñón derecho, con origen habitual de sus vasos. Se realiza una toracoscopía programada con 3 trócares de 3 mm realizando reducción herniaria, resección parcial del saco y herniorrafia con puntos transparietales, ya que no existe rodete diafragmático posterolateral. El riñón se adivina posteromedial cubierto por diafragma remanente, siendo alojado en la fosa renal con el desplazamiento diafragmático. Procedimiento sin complicaciones y bien tolerado.

### Resultados:

La paciente evoluciona adecuadamente, siendo extubada el 3º día postoperatorio y dada de alta hospitalaria el 6º con tránsito intestinal reestablecido y asintomática. En sucesivos controles el riñón se encuentra ortotópico, levemente horizontalizado sin dilatación piélica ni alteraciones en la función, el pulmón reexpandido y el diafragma íntegro.

### Conclusiones:

La presencia del riñón en el tórax no dificultó la reparación de la hernia y fue alojado en la fosa renal con la reconstrucción diafragmática. Es preciso seguimiento prolongado para descartar recidiva de la hernia, dilataciones de la vía urinaria o alteraciones vasculares por acodamiento.



ID: 205 Vídeo 3 minutos

## TIMECTOMÍA TORACOSCÓPICA EN UN CASO DE MIASTENIA GRAVIS

*Simal Badiola, Isabel 1; García-Casillas Sánchez, M<sup>a</sup> Antonia 1; Corona Bellostas, Carolina 2; Cerdá Berrocal, Julio 1; Pérez Egido, Laura 1; Fernández Bautista, Beatriz 1*

1 Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón; 2 Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.

### **Objetivos:**

La timectomía es una opción de tratamiento para los pacientes afectados de miastenia gravis. La extirpación de esta glándula se realizaba clásicamente mediante esternotomía o cervicotomía anterior, adquiriendo más importancia en los últimos años la técnica toracoscópica.

### **Material y métodos:**

Presentamos el caso de una niña de 4 años remitida por Neuropediatría con diagnóstico de miastenia gravis para realización de timectomía.

### **Resultados:**

Realizamos una timectomía toracoscópica desde el hemitórax derecho con ventilación unipulmonar. La técnica se realizó sin incidencias con extirpación del timo en su totalidad. El postoperatorio cursó favorablemente, permitiendo retirar el drenaje endotorácico a las 48 horas y ser dada de alta posteriormente.

### **Conclusiones:**

La resección toracoscópica del timo es poco frecuente en niños pero fácilmente reproducible y con baja morbilidad.





ID: 180 Póster presentado

TRATAMIENTO MEDIANTE VIDEOLARINGOSCOPIA Y LÁSER DIODO, DE LA FÍSTULA DEL SENO PIRIFORME.

*Hernández Díaz, Carlos 1; Chamorro Juárez, Rocío; Navazo Eguía, Ana 2; Ortega Escudero, Marta 1; González Herrero, Marina 1; Ruiz Hierro, Cristina 1; Gutiérrez Dueñas, José Manuel 1*

1 Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario de Burgos; 2 Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario de Burgos.

### **Objetivos:**

La fístula del seno piriforme es la malformación menos frecuente, dentro de la patología de los arcos branquiales. La fistulectomía con o sin hemitiroidectomía es el tratamiento clásico. Proponemos la esclerosis con láser diodo, mediante videolaringoscopia, como primera opción terapéutica en esta patología.

### **Material y métodos:**

Niña de 7 años con antecedentes de múltiples episodios de absceso laterocervical izquierdo acompañado de tiroiditis desde los 4 años. Se realiza ecografía, TAC y RM cervicales donde se evidencia colección retrofaríngea con desplazamiento de estructuras vasculares y vía aérea. Tras la fase aguda, se realiza esofagograma donde se evidencia la presencia de fístula del seno piriforme, la cual se confirma mediante videolaringoscopia.

### **Resultados:**

Se instauró tratamiento médico con antibiótico intravenoso en todos los ingresos, sin precisar de drenaje quirúrgico en ninguno de ellos, drenó espontáneamente en una ocasión. El tratamiento definitivo consistió en la identificación del orificio fistuloso a nivel de la hipofaringe mediante videolaringoscopia y cauterización del mismo mediante láser diodo. La paciente no ha presentado nuevas recidivas tras la cauterización. No hubo complicaciones durante el procedimiento ni después del mismo.

### **Conclusiones:**

La fístula del seno piriforme debe considerarse en el diagnóstico diferencial de los abscesos cervicales de repetición acompañados o no de tiroiditis supurativa, particularmente en el lado izquierdo aunque también descrita en el lado contralateral. Consideremos que la esclerosis del orificio fistuloso con láser diodo es una técnica sencilla, fácilmente reproducible y con morbilidad escasa y puede ser considerada como primera estrategia terapéutica en estos pacientes.



ID: 173 Póster presentado

## PRESENTACIÓN IDÉNTICA DE OSTEOLISIS ESCAPULAR EN DOS PACIENTES CON HEMANGIOENDOTELIOMA KAPOSIFORME TORÁCICO.

*Alonso Arroyo, Verónica 1; Cadaval Gallardo, Carlos 1; López Gutiérrez, Juan Carlos 2; Martínez, Roxana 3; Fernández Pineda, Israel 4*

1 Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla); 2 Hospital Infantil La Paz (Madrid); 3 Hospital Escuela (Tegucigalpa- Honduras); 4 St. Jude Children's Research Hospital .Memphis. USA.

### **Objetivos:**

Presentar dos casos de hemangioendotelioma kaposiforme (HEK) en hemitórax y extremidad superior derecha (ESD), fenómeno de Kasabach- Merrit (FKM) y lesiones osteolíticas en escápula ipsilateral.

### **Material y métodos:**

Caso 1: varón de 7 años que presenta lesión vascular en hemitórax y ESD, petequias y sangrado oral recurrente, y PKM (15000 plaquetas/mm<sup>3</sup>). La TAC reveló dicho tumor vascular acompañado de lesiones osteolíticas escapulares ipsilaterales. El diagnóstico de HEK fue clínico. Caso 2: niña de 4 meses que presenta anomalía vascular en hemitórax y ESD diagnosticada en otro centro de malformación capilar y tratada con una sesión de láser pulsado. Horas después del tratamiento ingresa en nuestro centro con insuficiencia respiratoria, hemotórax derecho y 6000 plaquetas/mm<sup>3</sup>. Fue necesaria intubación endotraqueal y un drenaje torácico. La biopsia confirmó HEK. La reconstrucción multiplanar mostró osteolisis escapular derecha.

### **Resultados:**

Ambos pacientes se trataron con diversos fármacos, entre ellos; prednisolona, vincristina, ciclofosfamida e INF consiguiendo una disminución del tamaño tumoral. El empleo de antiagregantes (ácido acetil salicílico +/- ticlopidina) permitió aumentar el número plaquetario.

### **Conclusiones:**

El componente linfático del HEK podría estar implicado en la osteolisis. Hasta ahora, la vincristina, corticoides sistémicos y terapia antiagregante han sido el tratamiento de elección del HEK complicado con FKM. La rapamicina o sirolimus (inhibidor de mTOR) en ensayo clínico (fase 2), parece haber demostrado inhibir la linfangiogénesis con resultados prometedores. Recomendamos manejo multidisciplinar en malformaciones vasculares complejas, sobre todo si existe afectación ósea asociada.



ID: 238 Oral 5 minutos

## USO DE LA ECOGRAFÍA EN LA COLOCACIÓN DE CATÉTERES INTRAVENOSOS EN PEDIATRÍA: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL

*Sánchez Sánchez, Ángela 1; Girón Vallejo, Óscar 2 ; Ruiz Pruneda, Ramón 2; Fernández Ibieta, María 2; Reyes Ríos, Paulo Yesid; Villamil, Vanesa 2; Martínez Castaño, Irene 2; Rojas Ticona, Javier 2; Giménez Aleixandre, María Cristina 2; Ruiz Jiménez, José Ignacio 2*

1 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.; 2 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

### **Objetivos:**

Estudiar la variabilidad de técnicas en el acceso vascular de catéteres intravenosos centrales totalmente implantados y tunelizados externos, así como la utilización de la ecografía por parte de los cirujanos pediátricos en España.

### **Material y métodos:**

Estudio descriptivo mediante encuesta realizada por vía telefónica, correo electrónico y on-line, acerca de 20 ítems relacionados con la colocación de éstos dispositivos en niños y el uso de la ecografía.

### **Resultados:**

Se analizaron 71 encuestas de 31 hospitales. Tasa de respuesta 54%. El 75% de los encuestados coloca de 0-25 catéteres/año. Sólo el 28% realizó algún curso de punción ecoguiada. En el 66% de los casos es el cirujano el que realiza el acceso vascular. La vena más utilizada es la yugular interna (55%), seguida de la subclavia (17.4%) y de la yugular externa (13%), prefiriendo la mayoría el lado derecho (87%). Un 64% realiza punción ecoguiada, un 29% venotomía y un 7% punción por referencias anatómicas, sin asociación significativa entre la técnica de punción elegida (referencia anatómica vs ecoguiada) y la vena utilizada ( $p=0,062$ ). La mayoría no modifica la técnica habitual ante coagulopatía. Se describen las complicaciones asociadas al acceso vascular ecoguiado, por referencias anatómicas y por venotomía.

### **Conclusiones:**

La vía preferida por los cirujanos pediátricos encuestados para el acceso vascular es la vena yugular interna, siendo ecoguiado en la mayoría de los casos. Un 91.5% opina que la ecografía disminuye el número de complicaciones asociadas, sin embargo tan sólo una minoría ha realizado algún curso de formación.



ID: 63 Oral 3 minutos

**CATÉTERES CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA: UN AHORRO, UNA COMODIDAD, MUCHAS VENTAJAS.**

*Molina Caballero, Ada Yessenia 1; Martínez Merino, Marta 2; Pérez Martínez Alberto 1; Ayuso González, Lidia 1; Hernández Martín, Sara 1; Pisón Chacón, Javier 1*

1 Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Navarra; 2 UCI Pediátrica. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

### **Objetivos:**

Los catéteres centrales de inserción periférica (PICC) están indicados cuando se prevé un tratamiento endovenoso durante más de 6 días o menos si se utiliza medicación flebotóxica. Presentamos nuestra experiencia reciente.

### **Material y métodos:**

Estudio descriptivo retrospectivo desde 2014 a 2015 incluyendo pacientes a los cuales se les colocó un PICC ya sea en quirófano, tras la cirugía y antes de despertar al enfermo, o en la UCIP por venopunción directa o ecoguiada. Revisamos características del paciente, enfermedad de base, procedimiento de canalización, tipo de vía, tratamiento, duración y complicaciones.

### **Resultados:**

Colocamos 69 catéteres de 3, 4 y 5 Fr (1 o 2 luces) en 66 pacientes con edad media de 5,71 años ( $\pm 4,24$ ). Eran mayoritariamente enfermos de Cirugía Pediátrica (n=19) sobre todo apendicitis agudas complicadas (n=12). Se canalizaron venas del brazo sin dificultades salvo 2 punciones arteriales accidentales. No hubo complicaciones infecciosas, pero si 7 extravasaciones (un quilotórax) que obligaron a retirar el catéter y 3 obstrucciones por nutrición parenteral resueltas con irrigación de heparina. Dos enfermos fallecieron y uno fue derivado a otro centro con el PICC en uso. No hubo trombosis venosas clínicas. La duración media del acceso fue de 10,6 días (máximo 62 días).

### **Conclusiones:**

Los PICC facilitan el manejo de los pacientes evitando las punciones venosas periféricas repetidas y su colocación en quirófano, tras la cirugía y antes de despertar al enfermo, facilita la canalización y reduce las complicaciones. Es por eso que hemos incluido éstos en el protocolo terapéutico de enfermos seleccionados.



## CIRUGÍA GENERAL II

ID: 60 Oral 5 minutos

EFFECTIVIDAD DE LA CALRETININA E INFLUENCIA DE LA EDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG

*de Haro Jorge, Irene 1; Palazón Bellver, Pedro 1; Ribalta Farres, Teresa 2; Cuadras Pallejà, Daniel 3; Saura García, Laura 1; Tarrado Castellarnau, Xavier 1; Julià Masip, Victoria 1*

1 Servei de Cirurgia Pediàtrica. Hospital Sant Joan de Déu. 2 Servei d'Anatomia Patològica. Hospital Sant Joan de Déu. 3 Servei d'Assessorament Metodològic i Estadístic a la Recerca. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Barcelona.

### **Objetivos:**

El gold standard para el diagnóstico de la enfermedad de Hirschsprung (EH) es la biopsia rectal por succión (BRS) con tinción de hematoxilina-eosina y acetilcolinesterasa (ACE). Tiene una sensibilidad del 83-93%, una especificidad del 97-100% y un 3-17% de resultados no concluyentes (NC). Existen ciertas dificultades en la interpretación, principalmente en el neonato. La calretinina (C) es una proteína presente en las células ganglionares y fibras nerviosas. Su estudio inmunohistoquímico contribuye a mejorar el diagnóstico de EH.

Los objetivos son:

Comparar la sensibilidad, especificidad y resultados NC de la BRS entre ACE y C+ACE.

Estudiar la influencia de la edad en los resultados.

### **Material y métodos:**

Revisión retrospectiva de pacientes con BRS entre 2005 y 2014. Hasta 2010 se utiliza ACE y desde 2011 se añade C. Mediante la curva ROC de resultados NC respecto a la edad, se obtuvo un punto de corte óptimo de 1.5 meses (m), que divide la muestra en dos grupos y se comparan.

### **Resultados:**

91 pacientes. Resultados de la BRS: 40 EH (44%), 34 no Hirschsprung (37.4%) y 17 NC (18.7%) (1 falso positivo, 1 falso negativo). Sensibilidad=97.5%, especificidad=97.1%, excluyendo los resultados NC.

Resultados según técnica:

ACE: n=58, sensibilidad 96%, especificidad 94.7%, NC=24.1%.

C+ACE: n=33, sensibilidad 100% (p=1), especificidad 100% (p=1), NC=9.1% (p=0.077).

Resultados por edad:

<1.5m: n=27, sensibilidad 92.3%, especificidad 100%, NC=40.1%.

>1.5m: n=64, sensibilidad 100% (p=0.325), especificidad 96.8% (p=1), NC=9.4% (p=0.001).

### **Conclusiones:**

La calretinina disminuye el porcentaje de resultados NC, aunque no de forma significativa. El porcentaje de NC disminuye en los pacientes mayores de 1.5m.



ID: 128 Oral 5 minutos

ENTRENAMIENTO DOMICILIARIO COMO TRATAMIENTO DE LA ECOPRESIS Y DISINERGIA ESFINTERIANA.

*Vivas Colmenares, Grecia Victoria; Moya Jiménez, María José; Roldán Pérez, Sebastián; Ranero Cendón, Rocío; García Vinuesa, Juan Luis; López Alonso, Manuel*

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

### **Objetivos:**

Los trastornos de la defecación representan el 3% de las consultas en pediatría. Uno de los tratamientos más utilizados son las sesiones de biofeedback, con un porcentaje de éxito del 55%. Nuestro objetivo fue demostrar la eficacia y eficiencia del biofeedback domiciliario en los pacientes con encopresis.

### **Material y métodos:**

Estudio de los pacientes con encopresis tratados mediante biofeedback domiciliario en nuestro centro entre 2014-2015. Se realizó manometría anorectal y fue valorada la maniobra defecatoria mediante la expulsión o no de la sonda rectal con o sin balón. Se evaluó la respuesta al tratamiento en función de la presencia de manchado. Se realizaron sesiones diarias de biofeedback domiciliario empleando una sonda de Foley (18-20Fr.) con llenado progresivo del balón hasta un máximo de 20cc

### **Resultados:**

Se incluyeron 7 pacientes (6 varones y 1 mujer) con edad media de 9.7 años (rango, 5-15); dos con antecedente de malformación anorectal, una enfermedad de Hirschsprung, 1 teratoma sacrococcígeo y 3 encopresis funcionales. Tres pacientes presentaban manchado diario y 4 de forma esporádica, al menos 2 por semana. La media de presión basal del canal fue de 32.34mmHg (rango, 11.74-50.75) con maniobra defecatoria negativa en 3 casos y deficiente en 4. La media de tiempo realizando biofeedback hasta lograr estar asintomáticos fue 5.14 meses (rango, 2-11), con un seguimiento medio de 14 meses (rango, 3-22). Actualmente el 100% de los pacientes se mantienen limpios

### **Conclusiones:**

El presente estudio sugiere que el tratamiento con biofeedback domiciliario parece ser una terapia eficaz y eficiente, logrando excelentes resultados a medio plazo.



ID: 69 Vídeo 5 minutos

## ANO-RECTOPLASTIA ASISTIDA POR ROBOT

*Rodríguez Ruiz, María 1; Allal, Hossein 2*

1 Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña; 2 Hospital of Laperyonie. Montpellier. Francia.

### **Objetivos:**

Actualmente está aceptado el uso de la laparoscopia en el tratamiento de las malformaciones ano-rectales altas. Las ventajas que ofrece frente a la cirugía abierta son una recuperación más rápida, recuperación de la función intestinal, disminución del dolor y de la estancia hospitalaria, mejor resultado cosmético y buenos resultados funcionales.

### **Material y métodos:**

La cirugía asistida por robot además permite aumentar la destreza y precisión de los movimientos, con un mecanismo de articular similar a la muñeca, que permite mayor libertad de movimientos. Esto cobra especial importancia en la cirugía de las malformaciones ano-rectales, donde la disección de la fístula y el descenso del recto a través del complejo muscular son cruciales para conseguir la continencia en el futuro.

### **Resultados:**

Presentamos el caso de un paciente con una fístula recto-vesical al que se le realiza ano-rectoplastia asistida por robot a los 5 meses de vida, tras la realización de colostomía en el periodo prenatal.

### **Conclusiones:**

El uso del robot nos permite una adecuada visualización de la pelvis menor y nos permite trabajar con gran libertad de movimiento, lo que facilita el cierre de la fístula, disminuye el trauma y permite mejor visualización del complejo muscular.



ID: 148 Vídeo 5 minutos

## MANEJO LAPAROSCÓPICO DE HERNIA HIATAL PARAESOFÁGICA GIGANTE CON VÓLVULO GÁSTRICO CRÓNICO

*Rojas-Ticona, Javier 1; Aranda García, María José 1; Sánchez Morote, Juana María 1; Ruiz Pruneda, Ramón 1; Martínez Castaño, Irene 1; Reyes Ríos, Paulo Yesid 1; Villamil, Vanesa 1; Sánchez Sánchez, Ángela 1; Roques Serradilla, José Luis 2; Ruiz Jiménez, José Ignacio 1*

1 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2 Hospital Virgen de la Vega. Murcia.

### **Objetivos:**

Presentar un caso cínico de vólvulo gástrico crónico junto a hernia paraesofágica y el video de su manejo por vía laparoscópica. Las hernias hiatales paraesofágicas congénitas son muy raras en la infancia. Pueden presentarse en forma asintomática o con síntomas leves inespecíficos. Existen pocos casos de vólvulo gástrico publicados en niños, algunos asociados a hernias hiatales paraesofágicas. Sus principales complicaciones son estrangulación y perforación por lo que su tratamiento quirúrgico está indicado tan pronto como se diagnostique. La laparoscopia es cada vez más utilizada como vía preferida de abordaje.

### **Material y métodos:**

Niña de 7 años, procedente de China, cuyo único antecedente conocido era ingreso por obstrucción intestinal resuelta sin cirugía. Refiere vómitos ocasionales nocturnos como único síntoma. Al presentar cuadro respiratorio febril se solicita radiografía de tórax donde se evidencia imagen hidroaérea en base pulmonar derecha. Se realiza tomografía permitiendo identificar que la imagen hidroaérea paracardiaca derecha corresponde a estómago. Se solicita tránsito esófago-gástrico que evidencia acortamiento esofágico con gran hernia hiatal paraesofágica y vólvulo gástrico organoaxial.

### **Resultados:**

Es intervenida quirúrgicamente mediante laparoscopia disecando hiato diafragmático, se reduce estómago herniado y volvulado, y resecamos de saco herniario. Disección esofágica alta para conseguir mayor longitud intraabdominal, cierre de pilares y funduplicatura Nissen. No ha presentado recurrencia ni complicaciones en un año de seguimiento.

### **Conclusiones:**

La hernia hiatal paraesofágica con vólvulo gástrico crónico puede presentarse en niños en forma asintomática. El abordaje por vía laparoscópica permite un manejo adecuado de estos casos.





ID: 204 Vídeo 5 minutos

## SUPRARRENALECTOMÍA BILATERAL LAPAROSCÓPICA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

*Rico Espiñeira, Clara; De Mingo Misena, Lucas; Guillén Redondo, Pilar; Espinoza Vega, Manuel; De Lucio Rodríguez, Marta; Souto Romero, Henar; Alonso Calderón, José Lorenzo; Ollero Fresno, Juan Carlos*

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

### **Objetivos:**

Describir nuestra experiencia en la realización de suprarrenalectomía bilateral laparoscópica como tratamiento de enfermedades endocrinas.

### **Material y métodos:**

Se presentan dos casos de pacientes intervenidos en nuestro centro en el último año. El primero es una paciente de 9 años con diagnóstico de síndrome de Cushing y el segundo es un varón de 13 años con feocromocitoma bilateral.

### **Resultados:**

La cirugía se realizó en decúbito lateral quebrado (cambiando de lado para realizar la cirugía bilateral). En la primera paciente se realizó la cirugía en dos tiempos, extrayendo primero la glándula izquierda y posteriormente la derecha, ambas de aspecto macroscópico normal. En el segundo paciente se visualizó tumoración suprarrenal izquierda de 4 cm que afectaba a la totalidad de la glándula y tumoración de 2 cm en glándula suprarrenal derecha. Se extirparon ambas tumoraciones en el mismo acto quirúrgico, dejando dos pequeños fragmentos de glándula suprarrenal derecha libre de tumor. La anatomía patológica fue hiperplasia suprarrenal micronodular y feocromocitoma bilateral respectivamente. Actualmente ambos siguen controles en endocrinología y reciben terapia hormonal sustitutiva. Publicaciones recientes describen esta técnica como segura y eficaz, aunque es cierto que existe limitada experiencia, pues a pesar de su uso electivo en adultos, la suprarrenalectomía laparoscópica no está establecida para tratamiento de la patología endocrina en niños.

### **Conclusiones:**

El abordaje laparoscópico de las glándulas suprarrenales en el paciente pediátrico es seguro y eficaz. Además, es el tratamiento de elección para patologías endocrinas como el feocromocitoma y la hiperplasia suprarrenal, siendo definitivo en la mayoría de los casos.



ID: 85 Oral 3 minutos

## HEPATICOYEYUNOSTOMÍA: UNA TÉCNICA SEGURA EN LOS QUISTES DE COLÉDOCO

*González Esgueda, Ainara; Fernández Atuan, Rafael; Álvarez García, Natalia; González Ruiz, Yurema; Siles Hinojosa, Alexander; Elías Pollina, Juan*

Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

### **Objetivos:**

Estudio descriptivo de 14 pacientes diagnosticados de quiste de colédoco según la clasificación de Todani en los últimos 20 años.

### **Material y métodos:**

Clasificamos a los 14 pacientes en dos grupos de edad al inicio de la clínica. Menores de un año (grupo A n=3) y mayores de un año (grupo B n=11). Dos pacientes del grupo A asociaban quiste de colédoco tipo I y atresia de vía biliar. En el grupo B destacamos un paciente con un quiste tipo III y otro con un quiste IVa.

### **Resultados:**

La ictericia persistente y los vómitos fue la clínica más frecuente en el grupo A, la ictericia y el dolor abdominal fue la más frecuente en el grupo B. La tríada clásica (ictericia, dolor y masa abdominal) no se observó en ningún paciente. Dos pacientes del grupo A fueron diagnosticados prenatalmente de dilatación de la vía biliar. El procedimiento terapéutico dependió del tipo del quiste. En los 12 pacientes que presentaban quistes tipo I se realizó resección de la vía biliar extrahepática, quistectomía y amplia hepaticoyeyunostomía en Y de Roux para favorecer un buen drenaje biliar. Se instauró tratamiento antibiótico profiláctico con amoxicilina para disminuir el riesgo de colangitis postoperatoria. El tratamiento del coledococelo fue quistectomía y en el caso del quiste tipo IVa papilotomía transduodenal y colecistectomía.

### **Conclusiones:**

Encontramos ventajas en la reconstrucción hepaticocentral precoz por la normalización analítica, la preservación de la función hepática y la ausencia de degeneración maligna de la vía biliar durante la edad pediátrica. No hemos tenido complicaciones durante el tiempo de seguimiento.



ID: 96 Oral 3 minutos

MANEJO PERIOPERATORIO PROTOCOLIZADO DE LAS MALFORMACIONES ANORRECTALES. NUESTRA EXPERIENCIA.

*Jurado Tabares, María; Sánchez Díaz, Félix; Palomares Garzón, Cristina; Díaz Diñeiro, María; Pérez Rodríguez, Juan; Argos Rodríguez, María Dolores*

Hospital Materno Infantil de Málaga

### **Objetivos:**

Presentar el protocolo desarrollado en nuestro centro para el manejo perioperatorio de las malformaciones anorrectales (MAR), así como nuestra experiencia en la aplicación del mismo.

### **Material y métodos:**

El protocolo incluye en primer lugar la exploración exhaustiva del periné y descartar anomalías asociadas. Se realizará analítica de orina para descartar presencia de meconio, ecografía abdominal y perineal con medición de distancia del bolsón a piel o radiografía en decúbito prono con rayo horizontal, ecocardiografía y radiografía tóraco-abdominal. Una vez realizada la primera aproximación diagnóstica la indicación quirúrgica será de corrección primaria Vs colostomía. En caso de MAR altas la colostomía será de cabos disociados y se realizará colostograma distal a presión con marcaje perineal de la foseta anal para ver la posible fístula y la distancia al teórico margen

### **Resultados:**

Realizamos un análisis retrospectivo de MAR en los últimos 15 años que han sido manejadas de acuerdo al protocolo de nuestro centro. De los 79 casos, 35 han correspondido a MAR altas y 44 a MAR bajas. 54 de los pacientes precisaron colostomía y en 25 de los casos se pudo realizar corrección primaria. En todos los pacientes con MAR alta se realizó colostomía de cabos disociados. En las pacientes con MAR con fístula vestibular se realizó colostomía tipo Hartman.

### **Conclusiones:**

Las MAR poseen un espectro muy amplio y variado, por lo que es muy importante identificar con exactitud el tipo de defecto para poder ofrecer el mejor tratamiento al paciente, de ahí la importancia en protocolizar el manejo de estos casos.



ID: 226 Oral 3 minutos

¿QUIÉN DEBE SOLICITAR LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA EN EL NIÑO?

*Siu Uribe, Ariadna; Garrido Pérez, José Ignacio; Betancourth-Alvarenga, Josué Eduardo; Castillo Fernández, Aurora Lucía; Delgado Cotán, Lourdes; Vázquez Rueda, Fernando; Paredes Esteban, Rosa María*

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

### **Objetivos:**

La ecografía abdominal se ha convertido en una prueba radiológica estándar en el diagnóstico de apendicitis aguda (AA), solicitándose de manera rutinaria e incluso sustituyendo a la valoración por el cirujano pediátrico. Nuestro objetivo es establecer si actualmente hay una sobreindicación de ecografías abdominales y quién debería solicitar dicha prueba.

### **Material y métodos:**

Revisión retrospectiva de 369 pacientes <14 años con dolor abdominal valorado por un cirujano pediátrico, en un servicio de urgencias, durante un año.

### **Resultados:**

Fueron consultados al cirujano pediátrico 369 pacientes por sospecha de AA. El 5,4% (n=20) fueron apendicectomizados sin realización de ecografía abdominal (confirmada con estudio anatomopatológico). Se realizó ecografía abdominal al 54,7% (n=202) del total de pacientes. El 26,2% (53/202) solicitadas por el pediatra del centro, 23,8% (48/202) por pediatras de otro centro y el 50% (101/202) por el cirujano pediátrico. De las ecografías solicitadas por el cirujano, 49 fueron positivas con Valor Predictivo VP+ de 93% y VP- de 82%. De las solicitadas por un pediatra 41 fueron positivas con VP+ 68% y VP- 70%. A pesar de la negatividad de la ecografía 21 pacientes fueron apendicectomizados (confirmación anatomopatológica). Las ecografías realizadas por un radiólogo infantil tenían un VP+ del 83,3% y VP- 97,9%, radiólogo de Urgencias VP+ 91,3% y VP- 78,0% y radiólogos de otro centro VP+ 66,7% VP- 45,0%.

### **Conclusiones:**

La sospecha clínica del cirujano es la principal herramienta diagnóstica de la AA. La ecografía resulta una prueba complementaria muy útil si es realizada por personal cualificado y solicitada de manera dirigida.



ID: 53 Oral 3 minutos

## RESULTADOS FUNCIONALES EN PACIENTES POSTOPERADOS DE ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG

*Bragagnini Rodríguez, Paolo 1; González Ruiz, Yurema 2; Siles Hinojosa, Alexander 2; Álvarez García, Natalia 2; González Martínez-Pardo, Natalia 2; Elías Pollina, Juan 2*

1 Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria; 2 Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

### Objetivos:

Analizar resultados funcionales de pacientes operados por enfermedad de Hirschsprung (EH).

### Material y métodos:

Estudio retrospectivo de pacientes con EH entre 2000-2014. Se analizó técnica quirúrgica, edad diagnóstica y de tratamiento, cantidad de intestino reseca, complicaciones y su influencia sobre resultados funcionales.

### Resultados:

De los 44 diagnosticados con EH se operaron en nuestro centro 37. Varones 29(78,37%). Con patología asociada 7(18,91%), y 5(13,51%) debutaron con enterocolitis. Edad media diagnóstica 12,6(0,03-86,66 meses) y de intervención 17,29(3,80-113,76 meses). A 17(45,94%) se realizó descenso endorrectal trans-anal (DERTA) y a 20(54,06%) descenso trans-abdominal (DTA). Recibieron dilataciones postquirúrgicas 8(21,62%). Los resultados funcionales se valoraron a una edad media de 9,61(4,72-15,65 años) encontrando incontinencia/encopresis en 6/28(21,42%) y estreñimiento en 5/28(17,85%). El mayor índice de incontinencia/encopresis se presentó en los DERTA 41,7% vs 6,2%DTA ( $p=0,036$ ); sin embargo, la edad media al seguimiento en pacientes con incontinencia/encopresis fue menor  $5,93\pm 1,25$  años vs  $10,61\pm 3,23$  años en los que no la presentan ( $p<0,001$ ). Encontramos que los 5 casos de estreñimiento se presentaron en pacientes con DTA ( $p=0,044$ ), y así mismo todos operados  $>1$  año de edad ( $p=0,031$ ).

### Conclusiones:

A pesar de los ya comprobados beneficios del DERTA sobre el DTA, hemos encontrado un mayor grado de incontinencia/encopresis en el DERTA, que podría estar explicado por el menor tiempo de seguimiento. Por el contrario hay un mayor índice de estreñimiento en el DTA que se prolonga en el tiempo. Todos los resultados mejoran con la edad.



ID: 74 Póster presentado

## DUPLICACIÓN DEL CANAL ANAL, UNA MALFORMACIÓN RARA CON DIFERENTES PRESENTACIONES

*Palazón Bellver, Pedro; de Haro Jorge, Irene; Bejarano Serrano, Miguel; Saura García, Laura; Julià Masip, Victòria; Tarrado Castellarnau, Xavier*

Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

### Objetivos:

La duplicación del canal anal (DCA) es una malformación muy poco frecuente que puede pasar desapercibida. Se presenta normalmente como un orificio fistuloso posterior al ano, en la línea media. Su histopatología es característica: epitelio escamoso, epitelio de transición en el extremo interno, fibras musculares y ocasionalmente glándulas. Presentamos nuestra serie que incluye algún caso de presentación atípica.

### Material y métodos:

Revisión retrospectiva de pacientes con DCA entre 1995 y 2015.

### Resultados:

6 casos que describimos según edad, sexo, clínica, localización respecto al ano en supino, tipo y longitud.

-2 años, femenino, asintomático, orificio a las 18h, tubular, 1cm.  
-5 años, femenino, asintomático, orificio a las 18h, tubular, 1cm.  
-2 meses, femenino, estreñimiento, orificio a las 18h, tubular, 0.75cm.  
-18 meses, femenino, asintomático, dos orificios a las 18h, tubular duplicado, 1.5cm.  
-8 años, masculino, dolor y nódulo perianal, nódulo a las 18h, quística, 2.5cmx1.5cm.  
-10 años, femenino, asintomático, orificio a las 18h, tubular, 1cm.

Se les practicó a todos ecografía o resonancia magnética. Ninguno presentaba malformaciones asociadas.

Se realizó en todos exéresis completa por vía sagital posterior, sin encontrar comunicación con el recto. La evolución y continencia a largo plazo ha sido en todos correcta.

### Conclusiones:

La bibliografía describe menos de 50 casos, que se presentan como fístula única. Las presentaciones como nódulo o dos orificios fistulosos son extraordinarias. La frecuente asociación con otras lesiones, como malformaciones presacras, anorectales o de la línea media obligan a su despistaje. Se recomienda su exéresis para evitar la infección y la malignización.

## CIRUGÍA GENERAL III + CIRUGÍA EXPERIMENTAL

ID: 233 Oral 5 minutos

¿DEBE EVITARSE EL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN LA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO?

*Rodríguez Iglesias, Patricia; Ibáñez Pradas, Vicente; Couselo Jerez, Miguel; Lluna González, Javier María*

Hospital Universitari i Politècnic la Fe. Valencia.

### Objetivos:

Un ensayo clínico publicado recientemente en *Annals of Surgery* concluye que la recurrencia del RGE mediante funduplicatura laparoscópica (FL) es mayor que en cirugía abierta (FA) modificando así su consentimiento informado y la vía de abordaje. Objetivo: analizar nuestros resultados para valorar modificar la práctica clínica donde el abordaje de elección es la laparoscopia.

### Material y métodos:

Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos de ERGE entre 2010-2015. En la recogida de datos así como los estudios de recidiva (TGE o pH-metría en pacientes sintomáticos) se aplicaron los mismos criterios que los del ensayo.

### Resultados:

Se intervinieron 56 pacientes (mediana de 6 años; rango 0.2- 14 años). Nuestros pacientes fueron comparables a los del estudio en cuanto al sexo y al daño neurológico, con menor porcentaje de pacientes [5 (8.9%)] con gastrostomía preoperatoria, ( $p=0,0001$ ). Nuestra media de seguimiento fue 2.6 años (rango 0.07-6.3 años). Se produjeron 5 recidivas y 5 éxitos.

El riesgo relativo (RR) de fracaso en su grupo FL multiplica por 4 el nuestro (RR 4.19; IC 95%: 1.66-10.5). Pero, comparando nuestros resultados con el grupo FA no encontramos diferencias estadísticamente significativas (RR 0.76; IC 95%: 0.19-3.03). Nuestra supervivencia (evento=recidiva) fue del 90% al año. Realizado un análisis multivariante (regresión de Cox controlando daño neurológico, atresia de esófago y gastrostomía previa) solo el daño neurológico ( $\chi^2$  cuadrado;  $p=0.01$ ) aumenta el riesgo de recidiva.

### Conclusiones:

Actualmente, nuestros resultados no sugieren mayor riesgo de recidiva con laparoscopia. Dado nuestro seguimiento inferior a 3 años debemos vigilar la evolución para cerciorar ausencia de recidiva.

ID: 90 Vídeo 5 minutos

## TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DEL SÍNDROME DE WILKIE

*Fernández Atuan, Rafael; Corona Bellostas, Carolina; Ruiz de Temiño, Mercedes; Álvarez García, Natalia; González Ruiz, Yurema; Siles Hinojosa, Alexander; Gracia Romero, Jesús; Elías Pollina, Juan*

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

### Objetivos:

El síndrome de Wilkie (SW) o síndrome de la arteria mesentérica superior o pinza aorto-mesentérica es una patología infrecuente que condiciona una obstrucción extrínseca del duodeno por compresión vascular.

### Material y métodos:

Paciente de 14 años con vómitos de predominio postprandial, dolor abdominal y pérdida de peso de 3 años de evolución, recibiendo en este tiempo tratamiento conservador con nutrición suplementaria consiguiendo aumento de peso sin desaparición de los síntomas. Tras realización de tránsito intestinal y TC abdominal, se diagnostica de SW con una distancia aorto-mesentérica de 7 mm (normal 10-20 mm) y ángulo aorto-mesentérico de 16.6 grados (normal 25-60 grados) indicando tratamiento quirúrgico.

### Resultados:

Se presenta vídeo quirúrgico de duodenoyeyunostomía laparoscópica con 4 trócares: Hasson de 12 mm infraumbilical, dos de 5 mm en fosa ilíaca derecha e izquierda y uno de 3 mm subxifoideo. Se retrae el colon transverso permitiendo identificación del ángulo de Treitz, los vasos mesentéricos y la tercera porción duodenal dilatada. Tras la disección transmesocólica del duodeno se realiza anastomosis duodenoyeyunal latero-lateral mecánica con grapadora de 45 mm. Cierre del orificio de grapado con sutura barbada antiretorno 4/0. Inicio de alimentación al quinto día postoperatorio y alta al octavo. Evolución favorable, con adecuada ganancia ponderal y excelente resultado estético.

### Conclusiones:

La duodenoyeyunostomía laparoscópica con sutura mecánica es una técnica segura y efectiva considerada de primera elección para el tratamiento del SW. El TC abdominal resulta en nuestra experiencia una herramienta útil en el diagnóstico diferencial de las crisis de vómitos.





ID: 54 Vídeo 5 minutos

## DUPLICACIÓN DE VESÍCULA BILIAR

*Espinoza Vega, Manuel L; De Mingo Misena, Lucas; Rico Espiñeira, Clara; De Lucio Rodríguez, Marta; Guillén Redondo, Pilar; Luis Huertas, Ana L*

Centros: Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

### **Objetivos:**

La duplicación de vesícula biliar constituye una rara anomalía congénita existiendo aproximadamente 210 casos publicados en la literatura, con escasos ejemplos sintomáticos en la edad pediátrica. Las malformaciones y variantes anatómicas del árbol biliar se han asociado con un mayor riesgo de complicaciones tras una colecistectomía laparoscópica.

### **Material y métodos:**

Presentamos el caso de un varón de 7 años con episodios recurrentes de cólico biliar de 12 meses de evolución, con diagnóstico ecográfico de colelitiasis, en el que se practicó colecistectomía laparoscópica, sin complicaciones postoperatorias. Durante el acto quirúrgico se objetivó una vesícula biliar doble con un único conducto cístico. La anatomía patológica diagnosticó duplicidad de vesícula biliar de tipo bilobulada con colecistitis crónica y colelitiasis en una de las cámaras.

### **Resultados:**

La duplicidad de vesícula biliar es una malformación del sistema biliar que supone un reto quirúrgico dado que existe un riesgo aumentado de complicaciones quirúrgicas debido a la variabilidad anatómica de la vía biliar. Es importante señalar, que el diagnóstico por imagen preoperatorio se consigue tan sólo en el 50% de los casos, por lo que una visualización correcta del árbol biliar durante el acto quirúrgico es imprescindible para minimizar el riesgo de lesiones biliares.

### **Conclusiones:**

El abordaje laparoscópico con una óptima visualización del árbol biliar supone el tratamiento recomendado en las duplicidades de vesícula biliar de tipo bilobulado, constituyendo un procedimiento seguro, aún en los casos sin diagnóstico preoperatorio por imagen.



ID: 136 Oral 3 minutos

## ABSCESOS INTRAABDOMINALES POST APENDICECTOMÍA. SEIS AÑOS DE EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

*Coelho, Ana; Sousa, Catarina; Marino, Ana Sofía; Barbosa Sequeira, Joana; Recaman, Monica; Carvalho, Fátima*

Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto. Oporto. Portugal.

### **Objetivos:**

Se estima que la aparición de los abscesos intraabdominales post apendicectomía, se pueden complicar hasta 4,2% de las apendicitis agudas no perforadas y entre 6,7% y 28% de las apendicitis agudas perforadas. Este estudio fue realizado con el objetivo de revisar y caracterizar los casos de abscesos intraabdominales en el post-operatorio de apendicectomía por apendicitis aguda, en el nuestro servicio de Cirugía Pediátrica.

### **Material y Método:**

Análisis retrospectivo de los pacientes, menores de 18 años y con diagnóstico de absceso intraabdominal post apendicectomía, entre Enero de 2010 y Diciembre de 2015, teniendo en cuenta el abordaje quirúrgico inicial, el tipo de apendicitis aguda, la duración del ingreso y el tipo de tratamiento efectuado.

### **Resultados:**

En un total de 1340 apendicectomías efectuadas, se identificaron 24 abscesos intraabdominales (1,79%). Ocho del sexo femenino y dieciséis del sexo masculino en que la media de edades fue de 11,9 años. En 52% de los casos el diagnóstico fue realizado durante el ingreso inicial. Doce pacientes fueron sometidos a apendicectomía laparoscópica y 12 por laparotomía. De los 24 pacientes solamente 4 necesitaron de nueva intervención quirúrgica; con un porcentaje de 83,3% de casos para el tratamiento médico.

### **Conclusiones:**

La incidencia de abscesos intraabdominales post apendicectomía en la población estudiada está de acuerdo con lo esperado y es inferior a los valores mencionados en la literatura. En nuestra muestra, el tratamiento médico de los abscesos intraabdominales fue exitoso en la mayoría de los casos ya que solamente 4 necesitaron tratamiento quirúrgico.



ID: 244 Oral 3 minutos

ANTES Y DESPUÉS DE UN PROTOCOLO DE MANEJO EN LAS APENDICITIS AGUDAS

*Kuan Arguello, María Esmeralda; Bordallo Vásquez, María Fernanda; Gallego Mellado, Natalia; Deltell Colomer, Patricia; Albertos Mira-Marcelí, Nuria; González Piñera, Jerónimo*

Hospital General Universitario de Alicante.

### **Objetivos:**

En 2012 nuestro servicio elaboró un nuevo protocolo de manejo de las apendicitis agudas, basándonos en una revisión bibliográfica y nuestra flora bacteriana recogida en 2011. El objetivo es comparar las diferencias de manejo y resultados entre una muestra previa y otra posterior. El nuevo protocolo divide el tratamiento en 3 subgrupos según el tipo de apendicitis: flemonosa dosis preoperatoria de amoxicilina/clavulanato; gangrenosa 5 días de tratamiento con cefotaxima y metronidazol; complicada 5 a 7 días con meropenem.

### **Material y métodos:**

Se comparan dos cohortes retrospectivas previo al protocolo y posterior: de abril-agosto 2011(n=32) y abril-agosto 2015(n=61). Las variables evaluadas fueron: estancia media hospitalaria, días de antibioterapia, tiempo hasta inicio de tolerancia postoperatoria y complicaciones. Se realizó análisis estadístico utilizando SPSS V23.0.

### **Resultados:**

La estancia media hospitalaria disminuyó de 5,6 días a 3,8 días tras el protocolo ( $p=0,001$ ). En el subgrupo de flemonosas hubo una reducción importante de los días de antibiótico 4,1 a 0,7 días ( $p=0,001$ ). En las gangrenosas no hubo diferencias estadísticamente significativas en la estancia media hospitalaria ni en los días de antibioterapia. En el subgrupo de las complicadas, la estancia disminuyó de 9,4 a 6,8 días ( $p=0,004$ ) y la monoterapia antibiótica acortó los días de tratamiento de 8 a 6 ( $p=0,046$ ); con disminución de las complicaciones postoperatorias ( $p=0,02$ ). En todos los subgrupos se redujeron las horas de dieta absoluta postoperatoria sin aumentar la intolerancia oral ( $p=0,001$ ).

### **Conclusiones:**

Nuestro protocolo de manejo de apendicitis agudas ha disminuido nuestra estancia media hospitalaria y los días de antibioterapia sin aumentar las complicaciones.



ID: 152 Oral 3 minutos

RECURRENCIA DE LA INVAGINACIÓN INTESTINAL NO COMPLICADA. ¿ES POSIBLE EL MANEJO AMBULATORIO?

*Espinoza Vega, Manuel; Martín Rivada, Álvaro; Rico Espiñeira, Clara; De Lucio Rodríguez, Marta; Guillén Redondo, Pilar; Luis Huertas, Ana; Espinosa Góngora, Rocío; Souto Romero, Henar; Ollero Fresno, Juan Carlos*

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

**Objetivos:**

Estimar la tasa de recurrencia en la invaginación intestinal (II) tras la reducción con hidroenema y analizar los costes de estancia hospitalaria según el manejo actual de esta patología.

**Material y métodos:**

Estudio retrospectivo de 97 pacientes con diagnóstico ecográfico de II en los últimos 5 años. Revisamos los datos demográficos, clínicos y ecográficos. Seleccionamos los casos tratados inicialmente de forma conservadora y analizamos las recurrencias y su tratamiento, así como la estancia hospitalaria. Consideramos recurrencia como un nuevo episodio de II en las siguientes 72 horas a la reducción. Los costes fueron calculados según los gastos derivados del ingreso hospitalario, sueroterapia y analgesia intravenosa durante 24 horas.

**Resultados:**

En los 81/97 (83,5%) pacientes con tratamiento conservador se diagnosticaron 8 episodios de recurrencia, 4 de ellos en las primeras 24 horas. En 7 casos se resolvió la recurrencia con hidroenema, mientras que 1 requirió tratamiento quirúrgico por recidivas persistentes. La media de estancia hospitalaria fue de 35 horas en el grupo de tratamiento conservador (80/97). La tasa global de recurrencia fue del 9,88%, (4,94% antes de 24 horas), siendo necesario el ingreso de 20 pacientes para el diagnóstico de un caso de recurrencia en las primeras 24 horas. Según estos resultados, y los costes hospitalarios/24 horas, el manejo ambulatorio supondría un ahorro de 1723,75 €/paciente.

**Conclusiones:**

Dado que el riesgo de recurrencia en la II no complicada es bajo y su tratamiento es conservador en la mayoría de los casos, estaría justificada la implantación de un protocolo de manejo ambulatorio como alternativa segura y costo-efectiva.



ID: 175 Vídeo 3 minutos

## ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN MALFORMACIÓN LINFÁTICA MULTIQUÍSTICA ABDOMINAL GIGANTE

*Núñez, Bernardo; Riba, Mireia; Esteva, Clara; Brun, Nuria; Sánchez, Begoña; Bardají, Carlos*

Corporació Sanitària i Universitaria Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

### **Objetivos:**

La malformación linfática multiquistica es una tumoración congénita debida al desarrollo anárquico de los sacos linfáticos fetales. Es más frecuente en varones y menores de 5 años. La mayoría de los casos se presenta con distensión abdominal y/o palpación de una masa. En ocasiones puede presentarse como abdomen agudo. La ecografía mostrará una masa multilocular hipocogénica. El TAC ayuda al diagnóstico de las formas retroperitoneales y con invasión mesentérica. El tratamiento de elección es la cirugía.

### **Material y métodos:**

Presentamos en video el caso de un niño de 8 años, que acudió a urgencias por dolor abdominal con fiebre y abdomen patológico con defensa en hemiabdomen izquierdo. En la analítica presentaba leucocitosis y desviación izquierda. Se practicó ecografía y TAC abdominal, que mostraba una gran masa poliquística que ocupaba todo hemiabdomen izquierdo y que sobrepasaba línea media, compatible con linfangioma.

### **Resultados:**

Se realizó cirugía urgente mediante laparoscopia, visualizando una gran masa multiquistica dependiente del omento menor que se mostraba aplastrada a colon transversal, realizándose exéresis completa de la lesión. El tiempo quirúrgico fue de 210 minutos, con mínimas pérdidas hemáticas. Los controles postoperatorios se realizan con ecografía abdominal y RMN abdominal al año sin evidencia de recidiva.

### **Conclusiones:**

El Cirujano Pediátrico debe contemplar la malformación linfática multiquistica como causa de abdomen agudo. El tratamiento de elección es la extirpación de la lesión, y ésta, puede llevarse a cabo mediante técnicas mínimamente invasivas a pesar del gran tamaño. Creemos que debe valorarse siempre esta vía de abordaje por sus ventajas ya ampliamente demostradas.

ID: 44 Oral 5 minutos

## ACTIVACIÓN DE LA VÍA JAK/STAT3 EN LESIONES ESTENÓTICAS TRAQUEALES HUMANAS.

*Antón-Pacheco, Juan L 1; Usátegui, Alicia 2; Pablos, José Luis 3; Morante, Rocío 1; Tordable, Cristina 1; López, María 1; Aneiros, Belén 1; Carrillo, Isabel 1; Benavent, M. Isabel 1; Gómez Fraile, Andrés 1*

1 Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital U. 12 de Octubre; 2 Centro de Investigación. Hospital U. 12 de Octubre; 3 Servicio de Reumatología. Hospital U. 12 de Octubre. Madrid.

### Objetivos:

La activación por citoquinas de la vía Jak/STAT3 se ha demostrado asociada a la activación de TGF $\beta$  en múltiples modelos de fibrosis. El objetivo es confirmar la activación de esta vía en estenosis benigna de la vía aérea y en un modelo animal de estenosis traqueal.

### Material y métodos:

Los tejidos humanos se obtuvieron mediante exéresis del tejido de granulación traqueo-bronquial de pacientes con estenosis benigna de la vía aérea o piezas quirúrgicas, y controles (resección pulmonar). El modelo animal se desarrolló en conejos albinos NZ adultos produciendo una lesión térmica circunferencial en la mucosa traqueal. Los animales se sacrificaron a las 4 semanas extrayéndose la tráquea para su posterior análisis. Los estudios se realizaron en tráqueas de 7 pacientes con estenosis benigna, 10 controles sanos, y en 9 conejos con estenosis traqueal y 9 normales. Se realizaron técnicas inmunohistoquímicas para determinar la expresión de STAT-3 fosforilada (p-STAT-3). Para la comparación de medias se utilizó el test de la U de Mann Whitney. Los valores  $p < 0.05$  se consideraron significativos.

### Resultados:

Se detectó un aumento significativo de p-STAT3 en localización nuclear y de manera difusa en la zona de fibrosis submucosa en los tejidos de estenosis traqueales humanas en comparación con los tejidos traqueales normales ( $p=0.0002$ ), y también en el modelo animal con un incremento de la expresión en los tejidos estenóticos.

### Conclusiones:

Este hallazgo sugiere que la inhibición de esta vía con inhibidores de Jak kinasas, recientemente aprobados para otras indicaciones, puede ser útil en el tratamiento de la estenosis post-inflamatoria en la vía aérea.

ID: 55 Oral 5 minutos

ESTABLECIMIENTO DE UN MODELO PRECLÍNICO DE NEUROBLASTOMA EN RATONES INMUNOCOMPETENTES.

*Luis, Ana L; Espinoza, Manuel; Franco, Lidia; González-Murillo, África; Melen, Gustavo J; Ollero Fresno, Juan Carlos; Madero, Luis; Ramírez, Manuel*

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

### **Objetivos:**

Desarrollar un modelo animal de Neuroblastoma (NB) que posibilite estudios relacionados con la inmunidad tumoral.

### **Material y métodos:**

Se utilizaron dos tipos de células NB. La línea 36769 procedía del ratón TH-MYCN<sup>+</sup> en el que la sobreexpresión del gen MYCN está gobernada por el promotor de la tirosín hidroxilasa de rata. La línea 4040 procedía de ratones TH-MYCN<sup>+</sup>/ALK<sup>+</sup>, que además expresan una mutación activadora del gen ALK.

De cada tipo celular se implantaron  $1 \times 10^6$  neuroesferas en ratones 129/SVJ (mismo fondo genético que los donantes, n=8), mediante inyección ortotópica en glándula suprarrenal izquierda por abordaje intraperitoneal, a través de laparotomía transversa supraumbilical. Se realizó seguimiento clínico diario postquirúrgico de los animales hasta su sacrificio a las 4 semanas. La presencia de tumor se confirmó macroscópicamente. La pieza tumoral se extirpó y se procesó para estudios de inmunidad celular y mediadores moleculares de tolerancia. Se investigó la existencia de metástasis por citometría de flujo en bazo, médula ósea y sangre periférica.

### **Resultados:**

1.- En todos los ratones trasplantados se generó NB ortotópico, así como enfermedad metastásica en médula ósea, y sangre periférica.

2.- La pieza tumoral se encontró infiltrada por diversas subpoblaciones inmunes, con inmunofenotipo efector, regulador y supresor, similar a la situación descrita en los NB humanos. Además, los mediadores moleculares del microambiente apuntan a un estado de tolerancia protumoral.

### **Conclusiones:**

La implantación ortotópica de neuroesferas NB en ratones singénicos nos ha permitido generar un modelo de NB en el que ha sido posible estudiar la inmunidad tumoral.



ID: 250 Póster presentado

**PROGRAMA DE FORMACIÓN EN TÉCNICAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS PARA RESIDENTES**

*Etxart Lopetegi, Eider; Ramos García, José Luis; González Temprano, Nerea; Urbistondo Galarraga, Alexánder; Villalón Ferrero, Flor; Villanueva Mateo, Ángel; Suñol Amilibia, Mariona; Eizaguirre Sexmilo, Ignacio*

Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

**Objetivos:**

Presentar nuestra experiencia con un programa de capacitación en técnicas mínimamente invasivas para residentes.

**Material y métodos:**

El programa consta de 2 sesiones mensuales en un animalario completamente equipado. Está diseñado para realizar progresivamente actividades de complejidad creciente, desde ejercicios básicos en simulador hasta intervenciones quirúrgicas mayores en modelo experimental porcino.

**Resultados:**

En el periodo 2012-2015 se han llevado a cabo 73 sesiones con un total de 187 intervenciones.

Laparoscopia:				107.
Colecistectomía:				27.
Nefrectomía		transperitoneal:		20.
Funduplicatura		de	Nissen:	15.
Resección	intestinal		y	anastomosis:
Suturas		intracorpóreas:		9.
Esplenectomía:				8.
Gastroeyunostomía:				5.
Biopsia		hepática:		3.
Hepatectomía:				3.
Biopsia	de		colon:	2.
Esplenectomía		parcial:		1.
Pieloplastia:				1.
STEP:				1.
Retroperitoneoscopia:				76.
Nefrectomía:				62.
Heminefrectomía:				13.
Exploración		retroperitoneal:		1.
Toracoscopia:				2.
Fibrobroncoscopia:				2.

**Conclusiones:** La formación en técnicas mínimamente invasivas demanda programas formativos homologados para lograr la capacitación adecuada.

Creemos que este modelo es una buena aproximación para este fin.





## CIRUGÍA ONCOLÓGICA

ID: 73 Oral 5 minutos

HEPATOCARCINOMA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TRASPLANTES

*Triana Junco, Paloma; Dore Reyes, Mariela Cristina; Romo Muñoz, Martha; Jiménez Gómez, Javier; Sánchez Galán, Alba; Hernández Oliveros, Francisco; Andrés Moreno, Ane; Encinas Hernández, José Luis; López Santamaría, Manuel*

Hospital La Paz. Madrid.

### Objetivos:

Pese a ser un tumor infrecuente, el hepatocarcinoma (HCC) es el segundo tumor hepático maligno en niños, y su pronóstico es muy malo.

Presentamos nuestra experiencia en niños referidos a nuestro centro para trasplante hepático (TH) por HCC, para señalar la necesidad de nuevas estrategias.

### Material y métodos:

Estudio retrospectivo de niños con HCC referidos para TH en los últimos 20 años (1994 - 2015). Las variables analizadas fueron: edad al diagnóstico, tiempo libre de enfermedad, recidiva, tratamiento y mortalidad.

### Resultados:

De 45 tumores hepáticos evaluados para TH, se encontraron 9 pacientes con HCC, con predominio masculino (3,5:1). En 2 pacientes el HCC fue incidental, en el contexto de tirosinemia. Los 7 restantes no presentaban enfermedad hepática previa y fueron referidos por HCC irresecable. En 4 de ellos se había realizado previamente resección. Cuatro niños fueron desestimados y cinco fueron sometidos a trasplante (2 con tirosinemia y 3 con HCC de novo). Sólo uno de los trasplantes se realizó de forma primaria, los demás fueron tratamiento de rescate. Tras el seguimiento, los 2 pacientes con tirosinemia se encuentran vivos y libres de enfermedad en el momento actual. Los restantes pacientes presentaron recidiva a distancia y fallecieron por progresión de la enfermedad.

### Conclusiones:

El HCC es un tumor raro en niños, muy agresivo y con pronóstico poco optimista. Debido a los sesgos de este estudio, no es posible sacar conclusiones significativas, pero como señalan ya algunos estudios multicéntricos, se podría mejorar el pronóstico si los HCC inicialmente resecables fuesen sometidos a TH como procedimiento primario.



ID: 234 Oral 5 minutos

## TIROIDECTOMÍA PROFILÁCTICA EN MUTACIÓN DEL PROTOONCOGÉN RET

*Rodríguez Caraballo, Lucía; Gómez-Chacón Villalba, Javier; Rodríguez Iglesias, Patricia; Cortés Sáez, Jorge; Moreno Macián, Francisca; Marco Macián, Alfredo*

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

### Objetivos:

Analizar los casos de tiroidectomía profiláctica realizados en nuestro centro en pacientes con mutaciones del gen RET.

### Material y métodos:

Estudio retrospectivo de pacientes con mutación del protooncogen RET a los que se les realizó tiroidectomía profiláctica entre Enero del 2000 y Enero de 2016. Se estudiaron variables epidemiológicas, técnica quirúrgica, resultados anatomopatológicos y seguimiento.

### Resultados:

Nuestra serie consta de 25 pacientes, 15 varones y 10 mujeres. La mediana de la edad fue de 5 con un rango de 7 meses a 12 años. Obtuvimos 21 casos con MEN2A de los que 19 (76%) presentaban la mutación 634 y 2 (8%) la mutación 611. Cuatro casos fueron MEN2B, todos con la mutación 918. Los hallazgos microscópicos revelaron microcarcinoma, carcinoma in situ o carcinoma medular de tiroides en 16 casos (64%). 8 presentaron hiperplasia (32%) y 1 (4%) fibrosis. La presencia de calcitonina elevada se correlacionó con alteraciones anatomopatológicas en 7 casos (43.7%), pero no mostró diferencias significativas ( $\chi^2$  0.3; p 0.6). De los 16 pacientes con carcinoma, (13 MEN2A, 3 MEN2B), 10 de ellos (62.5 %) tenían 5 años o menos en el momento de la intervención. En todos los casos se realizó tiroidectomía total. No existieron complicaciones intra ni postoperatorias.

Durante el seguimiento, los valores de calcitonina, calcio, paratohormona, catecolaminas y metanefrinas se han mantenido normales, excepto en 1 paciente.

### Conclusiones:

El estudio del protooncogen RET permite identificar pacientes susceptibles de realizar tiroidectomía profiláctica, la cual debe ser realizada de forma precoz, y en centro con experiencia.



ID: 6 Oral 3 minutos

## SCHWANNOMA MELANOCITICO GASTROINTESTINAL COMO ORIGEN DE MASA ABDOMINAL

*Martínez Villamandos, Alfonso; Hernández del Arco, Sara; Parrado Villodres, Rafael; Primelles Díaz, Arbelio; Ruiz Órpez, Antonio*

Hospital Regional Universitario de Málaga

### **Objetivos:**

Presentación de un caso de schwannoma melanocítico maligno mesentérico en niña de 3 años con masa abdominal asintomática.

Revisión de la bibliografía.

### **Material y métodos:**

Se realizó ecografía abdominal que fue informada como tumoración sólida de origen no identificable sospechosa de neuroblastoma aunque de posible origen intraperitoneal. Se completó estudio con RNM con contraste en la que se informa como masa intraperitoneal solida de 7x6.2x6cm sin afectación a distancia ni adenopatías, descartándose neuroblastoma, rabdomiosarcoma, teratoma o linfoma por sus características radiológicas. Ante estos hallazgos se decide en el comité tumoral de nuestro centro laparotomía exploradora: Masa en mesenterio de intestino delgado, solido-quistica y lobulada rodeada de múltiples adenopatías e irrigada por vasos mesentéricos.

### **Resultados:**

Tras extirpación por laparotomía de la neoplasia localizada en meso intestinal fue catalogada como "Schwannoma melanocítico maligno".

Inmunohistoquímica: Destaca la característica positividad difusa a S100.

### **Conclusiones:**

Los tumores malignos de vaina nerviosa periférica son una variedad poco frecuente de sarcoma de origen ectodérmico. La sintomatología en gastrointestinales es inespecífica: dolor abdominal (63%), pérdida de peso (44%), vómitos (43%) y hemorragia digestiva (23%), ninguno de estos se dio en nuestra paciente. El diagnóstico histológico precisa estudios de inmunohistoquímica y la presencia de atipias nucleares, mitosis y necrosis en el interior del tumor. No se dispone de protocolo acerca del manejo postoperatorio, suele basarse en la experiencia en otras localizaciones anatómicas. La extirpación completa del tumor con márgenes libres es el tratamiento de elección. La mayoría de casos reportados indican el escaso beneficio y alta morbilidad del uso de quimioterapia y/o radioterapia



ID: 21 Póster presentado

RABDOMIOSARCOMA EMBRIONARIO COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO.

*Oviedo Gutiérrez, María 1; Amat Valero, Sonia 1; Barnes Marañón, Sarah 1; Molnar, Agnes 1; Lara Cárdenas, Diana Carolina 1; Fernández García, Laura 1; Villegas Rubio, José Antonio 2; Enríquez Zarabozo, Eva 1; Álvarez Muñoz, Víctor 1*

1 Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias.; 2 Sección Oncología Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

### **Objetivos:**

El Rabdomiosarcoma es la forma más común de sarcoma de partes blandas en niños. La edad media diagnóstica es de 5 años. Las localizaciones más frecuentes son cabeza y cuello seguida de la región genitourinaria. Las manifestaciones clínicas están en relación con la localización del tumor, siendo rara la forma aguda de presentación.

### **Material y métodos:**

Presentamos un caso de debut atípico de Rabdomiosarcoma con clínica de abdomen agudo.

### **Resultados:**

Niña de 11 años con dolor abdominal continuo con exacerbaciones cólicas de 3 días de evolución, coincidiendo al inicio con realización de ejercicio físico intenso. Asocia disuria, polaquiuria y febrícula. No menarquía. Exploración: abdomen blando y depresible, doloroso en hipogastrio donde se palpa efecto masa. Analítica: aumento de RFA. Pruebas radiológicas: muestran una masa sólida encapsulada de 12x8x5cm con restos de sangre, que depende del tejido conectivo pélvico y/o del ovario derecho. Se realiza laparoscopia exploradora urgente observándose ovario derecho normal y masa rota adherida a cúpula vesical que se reseca completamente vía Pfannenstiel. La histología informa de Rabdomiosarcoma Embrionario IRS grupo 2. Se incluye en el protocolo EPSSG RMS2005. Actualmente recibe quimioterapia concomitante con radioterapia.

### **Conclusiones:**

La rotura de una masa tumoral intraabdominal es una causa infrecuente de abdomen agudo. El tratamiento quirúrgico en el Rabdomiosarcoma adopta un papel conservador. Se reserva para aquellos casos que permiten la resección tumoral sin realizar cirugía radical y/o mutilante de los órganos afectados. En nuestro caso se realizó intervención quirúrgica urgente debido al debut clínico, y para prevenir diseminación peritoneal y a estructuras vecinas.



ID: 129 Póster presentado

## VISIÓN DEL CIRUJANO PEDIÁTRICO FRENTE A LA PUBERTAD PRECOZ SECUNDARIA A PATOLOGÍA TUMORAL

*Vivas Colmenares, Grecia Victoria; Cabarcas Macía, Laura; Cabello Laureano, Rosa; Aspiazu Salinas, Diego Alonso; Fernández Hurtado, Miguel Ángel*

Centros: Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

### **Objetivos:**

La patología tumoral puede ser causa de pubertad precoz, lo cual debe alertar al pediatra. El objetivo de este estudio es presentar nuestra experiencia en el manejo de tumores virilizantes.

### **Material y métodos:**

Serie retrospectiva de los pacientes derivados a cirugía pediátrica de nuestro centro entre 2003-2014 por masa abdominal y pubertad precoz.

### **Resultados:**

Se incluyen 3 mujeres con telarquia y pubarquia GIII y un varón con pubarquia GIII, con edad media 3.25 años (rango,1-7). Se detectó elevación del estradiol en 2 pacientes, de testosterona y androstenediona en otros 2 casos. La ecografía abdominal evidenció masas ováricas en las mujeres y una masa solida dependiente de glándula suprarrenal derecha en el varón. Se confirmaron los hallazgos mediante tomografía. Se realizó salpingooforectomía en los tumores ováricos y suprarrenalectomía en el tumor adrenal. La anatomía patológica informó un tumor de los cordones sexuales asociado a tumor de células de Sertoli-Leydig, dos tumores de la granulosa y un carcinoma suprarrenal. La regresión de los síntomas puberales comenzó a las 2 semanas, desapareciendo en una media de 10 meses.

### **Conclusiones:**

Los pacientes con pubertad precoz periférica precisan un estudio exhaustivo y coordinado entre endocrinólogos, oncólogos y cirujanos pediátricos, debido a la escasa pero variada etiología tumoral a la que se pueden asociar.



ID: 20 Póster presentado

## DEBUT ATÍPICO DE NEUROBLASTOMA ESTADIO 4S

*Oviedo Gutiérrez, María 1; Gómez Farpón, Ángela 1; Fernández García, Laura 1; Lara Cárdenas, Diana Carolina 1; Barnes Marañón, Sarah 1; Molnar, Agnes 1; Granell Suárez, Cristina 1; Villegas Rubio, José Antonio 2; Vega Mata, Nataliz 1; Álvarez Muñoz, Víctor 1*

1 Servicio de Cirugía pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias; 2 Sección de Oncología Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

### Objetivos:

El neuroblastoma es el tumor sólido extracraneal más común en niños (6-8%) con una edad de presentación de 18 meses. Su clínica es muy inespecífica, siendo los síntomas del tumor primario los más frecuentes. Sin embargo también puede debutar con dolor óseo (metástasis), alteraciones metabólicas y/o analíticas.

### Material y métodos:

Presentamos un caso de debut atípico de Neuroblastoma estadio 4s en lactante de 9 meses mediante el hallazgo casual de tumoración subcutánea metastásica en brazo que no le produce sintomatología.

### Resultados:

Niño de 9 meses presenta tumoración pétérea de 2.5cm de diámetro en miembro superior derecho, no dolorosa y sin otros signos inflamatorios. La ecografía y RM muestran un nódulo bien definido en el músculo tríceps braquial cuyas características no descartan malignidad, por lo que se procede a su resección completa. La anatomía patológica informa de Ganglioneuroblastoma. Tras completar estudios de extensión se detecta masa suprarrenal derecha. Con analítica normal y catecolaminas en orina negativas, se decide conjuntamente con Oncología Pediátrica realizar suprarrenalectomía derecha. La histopatología describe Neuroblastoma con anomalías cromosómicas segmentarias. El paciente se incluye en el protocolo LINES grupo 6 para recibir quimioterapia con VP-Carboplatino.

### Conclusiones:

Existe un amplio diagnóstico diferencial de tumoraciones de partes blandas en niños. Aunque las más frecuentes son de extirpe benigna debemos descartar posible malignidad. En nuestro caso, gracias a los hallazgos radiológicos y biopsia exéretica completa de la metástasis en brazo, conseguimos diagnosticar y tratar el tumor primario, cuyo perfil genómico presenta anomalías segmentarias que empeoran el pronóstico de los pacientes con Neuroblastoma sin amplificación de MYCN.



## POSTERS ELECTRÓNICOS

**ID:** 8 Póster electrónico

### PERFORACIÓN GÁSTRICA EVITABLE SECUNDARIA A TRICOBEOZÓAR

*Solaeché Prieto, Nagore; Tuduri Limousín, Íñigo; Álvarez Martínez, Luana; Galbarriatu Gutiérrez, Arturo; Medrano Méndez, Lara; Ruiz Aja, Eduardo; Blanco Bruned, José Luis; Oliver Llinares, Francisco José*

Hospital Universitario de Cruces. Bilbao.

#### **Objetivos:**

Presentación de un caso clínico potencialmente mortal que podría haberse evitado con un adecuado seguimiento clínico de la patología subyacente.

#### **Material y métodos:**

Caso clínico y su iconografía.

#### **Resultados:**

Niña de 10 años, shock séptico secundario a abdomen agudo. Tricotilomanía de 2 años de evolución en control por Pediatría y Salud Mental sin realizar pruebas complementarias durante su seguimiento. En TAC se objetiva neumoperitoneo masivo, gran bezoar gástrico (15x5,5x5cm) con perforación antral y peritonitis difusa. Se practica laparotomía urgente, con imposibilidad para extracción del mismo sin ampliar la herida ni por vía endoscópica. Ante la peritonitis generalizada se realiza cierre primario de la perforación reforzado con parche de epiplón.

En un segundo tiempo, tras antibioterapia, se procede a realizar una gastrotomía amplia para extracción del tricobezoar. El peso de la pieza es de 516 gramos. La evolución resulta satisfactoria, siendo dada de alta con soporte psicológico. Se ha objetivado remisión de la tricotilofagia tras un cambio de ambiente escolar, con buena ganancia ponderal.

#### **Conclusiones:**

Consideramos que este caso es paradigmático del comportamiento de la tricotilofagia dejada evolucionar. La queratina del cabello no se digiere, pudiendo, por lo tanto, formar grandes tricobezoares o incluso obstrucciones intestinales por síndrome de Rapunzel. Queremos llamar la atención sobre estas conductas psiquiátricas, que pueden poner en riesgo la vida del paciente y cuyo control mediante pruebas de imagen podría evitar su evolución hacia la perforación u obstrucción



**ID:** 11 Póster electrónico

## ESTADO ACTUAL DE LA BRONCOSCOPIA PEDIÁTRICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

*Tordable Ojeda, Cristina<sup>1</sup>; Antón-Pacheco, Juan Luis<sup>1</sup>; López Díaz, María<sup>1</sup>; Morante Valverde, Rocío<sup>1</sup>; Aneiros Castro, Belén<sup>1</sup>; Carrillo Arroyo, Isabel<sup>1</sup>; Redondo Sedano, Jesús<sup>1</sup>; Benavent Gordo, María Isabel<sup>1</sup>; Gómez Fraile, Andrés<sup>1</sup>; Salgado, Sergio<sup>2</sup>; Gómez, Rosa M.<sup>3</sup>*

1 Hospital 12 de Octubre; 2 Hospital del Sureste; 3 Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

### **Objetivos:**

Conocer cuál es la situación actual de la broncoscopia pediátrica (BP) en la Comunidad de Madrid (CM).

### **Material y métodos:**

Se remitió una encuesta a 25 hospitales públicos de la CM dirigida a los responsables de los servicios de Cirugía Pediátrica y Pediatría, y/o coordinadores de unidades de BP, sobre la actividad realizada en 2014. Las variables analizadas fueron: nº de broncoscopias/año y tipo de procedimiento, especialistas que la realizan, existencia de broncoscopista de guardia, técnica anestésica y ubicación, procedimientos diagnósticos y terapéuticos disponibles, y formación en BP.

### **Resultados:**

Se realizó BP en 10 centros de la CM (40%). La variabilidad en el nº de broncoscopias flexibles/año fue grande, ya que 3 realizaron más de 100 y 4 menos de 10. El nº de broncoscopias rígidas realizadas es significativamente menor que el de flexibles. Tanto especialistas de adultos como pediátricos efectúan BP pero en los hospitales infantiles solo la desarrollan los especialistas correspondientes. Los responsables de la sedación/anestesia son los anestesistas o intensivistas pediátricos por lo que los procedimientos se realizan en el quirófano o en la UCI. Tres centros tienen experiencia en técnicas de broncoscopia intervencionista.

### **Conclusiones:**

La BP es una técnica consolidada en la CM y disponible no solo en hospitales infantiles sino también en algunos hospitales generales. Aunque mayoritariamente la realizan especialistas pediátricos, en algunos centros los de adultos también la practican. Las técnicas intervencionistas más complejas se han incorporado a la BP pero su realización requiere un nivel de entrenamiento y dotación que solo está al alcance de determinados hospitales infantiles.





**ID:** 16 Póster electrónico

## CECOURETEROCELE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA INTERLABIAL NEONATAL

*Simal, Isabel 1; Fernández, Inmaculada 2; De Diego, Ernesto 2; López, Antonia 2; Tardáguila, Ana 2*

1 Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón; 2 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

### **Objetivos:**

El diagnóstico diferencial de una masa interlabial de aparición espontánea en un neonato puede ser complicado, especialmente si tenemos en cuenta su escasa frecuencia.

### **Material y métodos:**

CASO 1: Niña de 9 días de vida que acudió a Urgencias por aparición de una masa violácea blanda entre ambos labios mayores, en el contexto de hábito estreñido. Se identificó el introito vaginal (posterior e independiente de la masa) de apariencia normal, y se realizó sondaje uretral por la zona anterior sin incidencias.

CASO 2: Recién nacida a término con sospecha prenatal de riñón derecho atrófico que presentó al nacimiento tumoración blanda que protruye por introito vaginal con maniobras de Valsalva.

### **Resultados:**

CASO 1: La ecografía abdominal realizada reveló un riñón derecho normal y un riñón izquierdo dúplex con uréter ectópico y ureterohidronefrosis del pielón superior (a tensión). Con el diagnóstico de cecoureterocele o ureterocele ectópico obstructivo, se realizó punción y drenaje del mismo consiguiendo su retracción y la disminución de la ureterohidronefrosis en la ecografía posterior.

CASO 2: La ecografía no identificó riñón derecho, pero sí una estructura tubular retrovesical ipsilateral. Se realizó drenaje de la masa con salida de orina y desaparición de la misma. El estudio de imagen objetivó un riñón derecho displásico no funcionando sin reflujo vesicoureteral.

### **Conclusiones:**

El diagnóstico diferencial de una masa interlabial en período neonatal debe hacernos pensar en esta infrecuente presentación de ureterocele ectópico, que precisa realización de pruebas de imagen para completar el estudio, así como tratamiento para la resolución de la obstrucción.



**ID:** 22 Póster electrónico

## HERNIA ABDOMINAL INTERNA ASOCIADA A MALROTACIÓN INTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Míguez Fortes, Lorena; Marco Martín, Cristina; Rodríguez Ruíz, María; Curros Mata, Noelia ; Somoza Arguibay, Ivan; Gómez Tellado, Manuel; Dargallo Carbonell, Teresa; García González, Miriam ; Caramés Bouzán, Jesús ; Camino, F.*

Hospital Teresa Herrera. La Coruña.

### **Objetivos:**

La hernia interna tiene incidencia inferior al 1%. Puede provocar obstrucción intestinal aguda o ser asintomática. La causa más frecuente es congénita. El tipo más frecuente es la paraduodenal. El Gold-Standard diagnóstico es el TAC abdominal.

### **Material y métodos:**

Caso clínico de un niño de 14 años con vómitos desde el nacimiento. Seguido en gastroenterología siendo dado de alta sin causa orgánica. Acude por empeoramiento del dolor y vómitos biliosos. Exploración física: afectación del estado general, dolor intenso, palidez, TA 170/105. Abdomen: Masa ocupando desde hipocondrio izquierdo hasta hipogastrio. Efecto masa en radiografía. Ecografía y TAC: asas encapsuladas. Se decide cirugía urgente identificándose saco herniario que se reseca conteniendo 80% del intestino delgado volvulado y moderadamente isquémico que recupera adecuadamente. Presenta una malrotación con ciego a nivel del ángulo hepático. Apendicectomía.

### **Resultados:**

Al 4º día postoperatorio empeoramiento del estado general y drenaje bilioso. TAC con imagen de vólvulo por lo que se decide reintervención. Presenta torsión del intestino sobre la raíz del meso y defecto mesentérico. Se realiza detorsión, dejando intestino delgado en lado derecho y colon en izquierdo. Evolución favorable. Seguimiento en consulta estando el paciente asintomático.

### **Conclusiones:**

La hernia interna es una patología poco frecuente de difícil diagnóstico. Es importante considerarla en el diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal. En niños se debe a defectos congénitos por lo que se debe descartar durante la cirugía malrotación, defectos del cierre del meso u otras anomalías.



**ID:** 26 Póster electrónico

## TUMOR CARCINOIDE APENDICULAR: NUESTRA CASUÍSTICA Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

*Martínez Villamandos, Alfonso; Parrado Villodres, Rafael; Primelles Díaz, Arbelio; Hernández del Arco, Sara; Ruiz Órpez, Antonio*

Hospital Materno Infantil de Málaga.

### **Objetivos:**

Póster electrónico

### **Material y métodos:**

Entre 2000 y 2015 un total de 7 pacientes (4 niños y 3 niñas) fueron diagnosticados de carcinoide apendicular. La indicación de apendicectomía fue en todos los casos un cuadro clínico compatible con apendicitis aguda y que fueron confirmados ecográficamente.

### **Resultados:**

Edad media al diagnóstico de 10.3 años. En ninguno de los pacientes el tumor carcinoide infiltraba la capa serosa ni se acompañaba de metástasis a distancia, por lo que se indicó seguimiento en consulta y actitud expectante con seguimiento radiológico. En ninguno de los casos se ha detectado progresión tumoral o diseminación a distancia. Ninguno de ellos fue sometido a hemicolectomía derecha.

### **Conclusiones:**

Los carcinoides apendiculares son normalmente asintomáticos y la indicación quirúrgica está marcada por dolor en fosa iliaca derecha agudo o crónico. Para la mayoría de pacientes el pronóstico es excelente. La apendicectomía se considera tratamiento electivo, dejando la hemicolectomía derecha para casos que infiltran la capa serosa del apéndice o presentan diseminación a distancia.



**ID:** 28 Póster electrónico

## PUNCIÓN-EVACUACIÓN ECOGUIADA DE QUISTE OVÁRICO NEONATAL

*García Saavedra, Silvia 1; Blanco Lobato, Patricia 2; Pigni Benzo, Luis 1; Gómez Veiras, Javier 1; Prada Arias, Marcos 1; Montero Sánchez, Margarita 1; Fernández Eire, Pilar*

1 Sección de Cirugía Pediátrica. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo. 2 Servicio de Radiología. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo

### **Objetivos:**

Presentación de la punción ecoguiada como tratamiento del quiste ovárico neonatal

### **Material y métodos:**

Recién nacida con masa quística abdominal de diagnóstico prenatal, con posible origen ovárico izquierdo, que fue aumentando durante la gestación hasta 8 cm. Al nacimiento se confirma dicho hallazgo ecográficamente y, tras revisión de la bibliografía, se decide tratamiento con técnica mínimamente invasiva tipo punción-aspiración ecoguiada.

### **Resultados:**

Se realiza la misma consiguiendo reducción del quiste, con la extracción de 190 cc de líquido seroso. Se remite Anatomía Patológica comprobando contenido elevado de estradiol. Se comprueba dependencia ovárica derecha y reducción progresiva en ecografías seriadas, siendo a los 11 meses de 0,8 cm.

### **Conclusiones:**

Consideramos que la punción-aspiración ecoguiada es una eficiente alternativa diagnóstica y terapéutica de las masas quísticas abdominales perinatales, frente a la cirugía tradicional, e incluso, laparoscópica.



**ID:** 30 Póster electrónico

## USO DE LÁMINA DE REGENERACIÓN DÉRMICA EN REFISTULIZACIÓN DE ATRESIA DE ESÓFAGO CON FÍSTULA PROXIMAL Y DISTAL

*García Saavedra, Silvia; Montero Sánchez, Margarita; Gómez Veiras, Javier; Prada Arias, Marcos; Pigni Benzo, Luis; Fernández Eire, Pilar*

Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.

### **Objetivos:**

Valorar el uso de lámina de regeneración dérmica para evitar nueva fístula en segunda intervención de atresia de esófago.

### **Material y métodos:**

Recién nacida que ingresa en Unidad Neonatal por dificultad respiratoria y al iniciar toma presenta episodio de desaturación. Tras radiografía de tórax en la que no pasa la sonda, se realiza tránsito progresando contraste a tramo distal de esófago pero opacificándose árbol bronquial, por lo que se sospecha de fístula tráqueo-esofágica sin atresia. Se realiza TC objetivando atresia de esófago con doble fístula proximal y distal. En el posoperatorio precisa reintubación en dos ocasiones, además de recolocación de sonda naso-gástrica. En el tránsito de control presenta nueva fístula tráqueo-esofágica por lo que precisa reintervención. Dada la friabilidad de los tejidos y, en el intento de evitar otra refistulización se coloca lámina de regeneración dérmica entre esófago y tráquea, además de gastrostomía.

### **Resultados:**

En el postoperatorio se realiza control con contraste esofágico en el que se observa repliegue en pared esofágica a la altura de la anastomosis pero sin fuga clara. Se mantiene con alimentación por gastrostomía, hasta desaparición de esta imagen.

### **Conclusiones:**

Queremos resaltar la importancia de confirmar el diagnóstico de atresia con pruebas complementarias, incluso de TC, si no está claro el tipo de atresia, previo a la cirugía. Comunicamos la posibilidad del uso de lámina de regeneración dérmica como elemento de interposición en casos de reoperación.



**ID:** 35 Póster electrónico

## TRATAMIENTO ENDOSCOPICO EN LA LITIASIS VESICAL DE GRAN TAMAÑO

*Riba Martínez, Mireia; Muñoz, Jesús; Rigol, Salvador; Núñez, Bernardo; Sánchez Vázquez, Begoña; Bardají, Carlos*

CSUPT. Sabadell.

### **Objetivos:**

El manejo agudo de la nefrolitiasis pediátrica está basado en el control analgésico y la expulsión de la litiasis. La mayoría de cálculos menores de 5mm son expulsados espontáneamente. La intervención urológica se indica en caso de obstrucción urinaria, cálculos de estruvita, infección, riñón único, mal control analgésico o la no eliminación después de 2 semanas de tratamiento médico. La técnica utilizada dependerá del tamaño de la litiasis, de su localización, de su composición, de la presencia de anomalías anatómicas y de la experiencia del clínico. La LEOC representa la opción menos invasiva y se reserva para casos con litiasis menores de 1cm localizadas a nivel de la pelvis renal. Las técnicas endoscópicas se indican para litiasis de mayor tamaño, de composición dura o cuando se objetivan anomalías estructurales. El abordaje abierto es excepcional.

### **Material y métodos:**

Presentamos la grabación de la litotricia intracorpórea practicada en una paciente de 11 años.

### **Resultados:**

La paciente padecía urgencia miccional, poliuria y cistitis de repetición. Se procedió al estudio urológico con ecografía abdominopélvica evidenciando un único cálculo vesical de 2,5cm de tamaño. Se procedió a su extracción mediante litotricia intracorpórea con cistoscopia rígido, fragmentación electromecánica del cálculo y posterior eliminación de los fragmentos mediante lavados vesicales. Su composición fue de oxalato de calcio dihidrato e hidroxapatita. Posteriormente la paciente presentó una resolución completa del cuadro miccional.

### **Conclusiones:**

La litotricia intracorpórea permite un tratamiento endoscópico adecuado en pacientes pediátricos con cálculos vesicales de gran tamaño no tributarios a litotricia extracorpórea con ondas de choque.



**ID:** 43 Póster electrónico

## TRASPLANTE MULTIVISCERAL EN UN NIÑO CON HEPATOBLASTOMA PRETEXT IV Y AFECTACIÓN EXTRAHEPÁTICA. REPORTE DE UN CASO

*Romo Muñoz, Martha Isabel; Sánchez Montenegro, Carlos; Núñez Cerezo, Vanesa; De La torre Ramos, Carlos; Andrés Moreno, Ane Miren; Encinas Hernández, José Luis; Martínez Martínez, Leopoldo; Hernández Oliveros, Francisco; Frauca, Esteban; García, Purificación; Prieto, Gerardo; López Santamaría, Manuel*

Hospital La Paz. Madrid.

### **Objetivos:**

El hepatoblastoma irresecable puede tratarse con buenos resultados mediante trasplante hepático, siempre que no exista afectación extrahepática. Presentamos el caso de un paciente con Hepatoblastoma PRETEXT IV con trombosis completa del eje espleno-portal, tratado con éxito recurriendo a un trasplante multivisceral.

### **Material y métodos:**

Se presenta el caso de un paciente de 3 años, con diagnóstico de hepatoblastoma mixto (epitelial-mesenquimal) PRETEXT IV con múltiples tumoraciones hepáticas bilaterales y afectación del eje mesentérico (trombosis del eje espleno-portal completa y de la vena mesentérica superior) que contraindica el trasplante hepático aislado. Al diagnóstico los niveles de Alfa-fetoproteína eran de 263400 ng/ml. Se trató con protocolo de quimioterapia SIOPEL 4, previo a la inclusión en lista de trasplante multivisceral que se lleva a cabo en febrero de 2015.

### **Resultados:**

Se realizó un trasplante multivisceral que incluía hígado, estómago, duodeno, páncreas, intestino delgado, y colon. Ha cursado con buena evolución, con normofuncionamiento del injerto, autonomía digestiva con una sobrevida de 12 meses. Niveles actuales de Alfa-fetoproteína de 4.4 ng/ml.

### **Conclusiones:**

Se debe considerar la posibilidad de realización de trasplante multivisceral en pacientes con trombosis profunda extensa del eje espleno-portal (grado III-IV).



**ID:** 47 Póster electrónico

## RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA TÉCNICA DE DUCKETT PARA LA REPARACIÓN PRIMARIA DEL HIPOSPADIAS PROXIMAL

*Dore Reyes, Mariela 1; Amesty Morello, Virginia 2; Núñez Cerezo, Vanesa 1; Romo Muñoz, Martha 1; Rivas Vila, Susana 2; Lobato Romera, Roberto 2; López-Pereira, Pedro 2; Martínez Urrutia, María José 2*

1 Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario La Paz; 2 Sección de Urología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz. Madrid.

### **Objetivos:**

El tratamiento del hipospadias proximal incluye ortoplastia y uretroplastia, pudiendo realizarse en uno o dos tiempos. Nuestro objetivo es analizar los resultados y el seguimiento a largo plazo del hipospadias proximal corregido con técnica de Duckett.

### **Material y métodos:**

Realizamos un estudio retrospectivo (2000-2010) de 59 pacientes con hipospadias proximal corregidos en un tiempo mediante colgajo prepucial tubulizado. Se analizaron las complicaciones quirúrgicas, problemas miccionales y de erección a largo plazo.

### **Resultados:**

En todos los pacientes se realizó la técnica de Duckett como procedimiento primario de uretroplastia. La edad a la intervención fue de  $36 \pm 8$  meses con un seguimiento de  $8 \pm 1.25$  años. El 25% de los pacientes alcanzó la pubertad durante el tiempo de evolución. La corrección de la incurvación ventral se realizó mediante la sección de la placa uretral en el 75%, y un 25% requirió añadir plicatura dorsal (Nesbit 73% y Baskin 27%). En todos los pacientes se realizó protección de la neouretra. En el 35% de los pacientes se obtuvo un resultado satisfactorio con esta única intervención. Treinta y ocho pacientes presentaron alguna complicación que requirió tratamiento quirúrgico (1 dehiscencia, 29 fístulas, 5 divertículos, 5 estenosis meatal, 12 estenosis proximal, y una incurvación residual) lo que supuso 2,9 intervenciones por paciente en este grupo. El 34% de los pacientes presentaron patrón flujométrico en meseta, pero solo 5 referían problemas miccionales.

### **Conclusiones:**

El tratamiento óptimo del hipospadias proximal continúa siendo un reto. La técnica de Duckett se puede mantener como opción válida para la reparación uretral en un tiempo.





**ID:** 50 Póster electrónico

## SARCOMA PULMONAR CON EXTENSIÓN ENDOBRONQUIAL: UN TIPO INFRECIENTE DE TUMOR PULMONAR PRIMARIO.

*Tordable Ojeda, Cristina; Antón-Pacheco, Juan Luis; Gámez, Pablo; Morante Valverde, Rocío; Aneiros Castro, Belén; Carrillo Arroyo, Isabel; Benavent Gordo, María Isabel; Gómez Fraile, Andrés*

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

### **Objetivos:**

Presentar un caso de sarcoma pulmonar primario en un niño de 14 años intervenido en nuestro servicio

### **Material y métodos:**

Se presenta el caso clínico de un paciente asintomático en el que tras la realización de una radiografía de tórax rutinaria para la obtención de un visado se evidenció la existencia de una masa pulmonar paramediastínica derecha

### **Resultados:**

El TC torácico demostró una masa sólida de 37mm de diámetro rodeando el bronquio del lóbulo medio con extensión endoluminal. La broncoscopia objetivó una masa endobronquial bilobulada que ocupaba dos tercios de la luz del bronquio del segmento 4. Se realizó una biopsia broncoscópica con resultado no concluyente. Por ello, se efectuó una nueva biopsia transparietal ecoguiada con aguja fina que demostró una lesión mesenquimal de bajo grado con atipia mínima. Posteriormente, se realizó una toracotomía posterolateral derecha, lobectomía media y linfadenectomía regional. El postoperatorio cursó sin incidencias dándose de alta a los 5 días. El estudio histológico demostró un sarcoma de bajo grado citológico con proliferación mesenquimal, índice proliferativo menor del 5%, sin infiltración pleural y bordes de resección libres. No ha precisado tratamiento coadyuvante y se encuentra asintomático 6 meses después de la cirugía

### **Conclusiones:**

Los tumores pulmonares de origen primario son muy poco frecuentes en la edad pediátrica. El sarcoma pulmonar es excepcional y representa el 2% de todos los tumores pulmonares malignos no metastásicos. El diagnóstico diferencial incluye fundamentalmente el tumor carcinoide, el pseudotumor inflamatorio y el carcinoma mucoepidermoide. Histológicamente, la discriminación entre sarcoma de bajo grado y pseudotumor inflamatorio puede ser compleja.



**ID:** 58 Póster electrónico

## QUISTE DE DUPLICACIÓN GÁSTRICA CON PERFORACIÓN A COLON TRANSVERSO

*Lizandro Ruiz, Sofía Yolanda; Santamaría Ossorio, José Ignacio; Moreno Hurtado, Carolina; Torres de Aguirre, Ana; Núñez Núñez, Ramón; Alonso Ciodaro, Giuliana*

Hospital Universitario Materno Infantil. Badajoz.

### **Objetivos:**

La duplicación gástrica es una variante rara dentro de las duplicaciones gastrointestinales. Su diagnóstico puede sospecharse por ecografía antenatal; otras ocasiones pasan desapercibidas hasta edad adulta y en otras, pueden debutar como complicación, como ocurrió en nuestra paciente. Presentamos así, este caso de duplicidad gástrica con unión a colon transversal y perforación del mismo, manifestándose clínicamente como hematoquecia.

### **Material y métodos:**

Lactante de 4 meses derivada de Hospital de origen por irritabilidad, crisis de dolor abdominal con encogimiento de piernas y deposiciones mucosanguinolentas desde hace 24 horas. A la exploración, palpación de masa en mesogastrio e hipocondrio izquierdo. Entre sus antecedentes destaca mala ganancia ponderal, mala realización de tomas y facilidad para vómitos. La ecografía abdominal sugiere invaginación cólico-cólica, con resolución aparente bajo control ecográfico. Cuarenta y ocho horas después, por persistencia de la clínica, y nueva ecografía abdominal que informa de quiste de duplicación entérica, se decide laparotomía.

### **Resultados:**

En la intervención se evidencia quiste de duplicación gástrica con unión a colon transversal y perforación del mismo; reseccionándose este en bloque, y además, gastrectomía parcial. El resultado anatomopatológico informa de quiste de duplicación gástrica con heterotopia pancreática en pared gástrica. Alta al 12º día del ingreso

### **Conclusiones:**

Las duplicaciones gastrointestinales son malformaciones infrecuentes del tubo digestivo. A pesar de ello, ante una imagen ecográfica susceptible de invaginación intestinal, en una edad atípica para la misma, creemos se debe tener en consideración la posibilidad de una duplicación intestinal.



**ID:** 59 Póster electrónico

## VÓLVULO INTESTINAL POR LINFANGIOMA QUÍSTICO MESENTÉRICO

*Lizandro Ruiz, Sofía 1; Moreno Hurtado, Carolina 2; Sanjuán Rodríguez, Santiago 2; Alonso Ciodaro, Giuliana 2*

1 Hospital Universitario Materno Infantil Badajoz; 2 Hospital Universitario Materno Infantil Badajoz.

### **Objetivos:**

Los linfangiomas de localización abdominal constituyen menos del 5%, y la clínica es variable, generalmente un hallazgo incidental, pero, en algunos casos debutan como un abdomen agudo. Nuestro objetivo es dar a conocer un caso con esta presentación clínica tan poco habitual.

### **Material y métodos:**

Paciente de 4 años que acude a urgencias por dolor abdominal agudo de menos de seis horas de evolución, asociado a fiebre y anorexia. En sus antecedentes destaca deposiciones más oscuras en los últimos 3 meses. A la exploración, afectación importante del estado general, dolor localizado en FID, con defensa muscular y signos peritoníticos. En la ecografía abdominal se visualiza dilatación de asas de intestino delgado, y en la Rx abdomen no se objetivan niveles hidroaéreos.

### **Resultados:**

Por la situación clínica del paciente e imagen ecográfica, se indica tratamiento quirúrgico urgente: se evidencian grandes dilataciones serosas que volvulan asa de íleon y numerosas lesiones quísticas en mesenterio; se realiza resección intestinal de 10 cm de íleon y anastomosis termino-terminal. La anatomía patológica informa de linfangioma quístico mesentérico. Buena evolución postoperatoria en UCIP y alta a los 10 días tras el ingreso.

### **Conclusiones:**

La presentación del linfangioma quístico mesentérico como abdomen agudo es algo infrecuente ya que lo más habitual es que pasen desapercibidos, o se evidencien como una masa asintomática. Sin embargo, debe incluirse dentro de las posibles causas de abdomen agudo, ya que la escisión completa del tumor es el tratamiento definitivo.



**ID:** 62 Póster electrónico

## TUMORECTOMÍA EN LA LAPAROSCOPIA URGENTE DE LAS TORSIONES OVÁRICAS SECUNDARIAS

*Ayuso González, Lidia; Hernández Martín, Sara; Molina Caballero, Ada Yessenia; Pisón Chacón, Javier; Pérez Martínez, Alberto; Martínez Bermejo, Miguel Ángel*

Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

### **Objetivos:**

La mayoría de los tumores ováricos son benignos y pueden ser tratados preservando la gónada. Esto no siempre es sencillo en un ovario tumoral torsionado. Describimos nuestra experiencia reciente en el manejo en fase aguda de éstos tumores.

### **Material y métodos:**

Presentamos dos casos de torsión ovárica secundaria a tumor que fueron resecaados durante la laparoscopia urgente.

### **Resultados:**

Paciente de 7 años con abdomen agudo, cuya ecografía describe un tumor de 4,4 x 3,7 cm. que muestra componentes sólidos y quísticos en ovario derecho hipoperfundido, sugestivo de teratoma. La laparoscopia confirmó torsión de 360° y la presencia de un teratoma de aspecto benigno con buen plano de disección. Tras detorsión efectuamos tumorectomía con preservación del ovario. El diagnóstico anatomopatológico confirmó la extirpación completa de un teratoma quístico maduro. Paciente de 13 años con dolor abdominal subagudo e imagen ecográfica quística de 14 cm con tabiques finos y sin polos sólidos, dependiente de ovario derecho. Bajo control laparoscópico se confirma torsión y se punciona, aspirando 600 ml de líquido claro, lo que permitió detorsionar y realizar quistectomía por puerto único. La anatomía patológica reveló cistoadenoma seroso. Ambas pacientes fueron diagnosticadas, tratadas y dadas de alta en menos 48 horas.



**ID:** 82 Póster electrónico

## TUMOR DE WILMS Y EL HEMATOMA RENAL TRAUMÁTICO

*Alonso Ciodaro, Giuliana; Moreno Hurtado, Carolina; Sanjuán Rodríguez, Santiago; Núñez Núñez, Ramón*

Hospital Universitario Materno Infantil de Badajoz.

### **Objetivos:**

El tumor de Wilms (Nefroblastoma), representa el 6,5% de los tumores sólidos malignos en niños. Generalmente es asintomático y pasa desapercibido, pero en un traumatismo abdominal, puede sangrar y diagnosticarse durante el estudio del hematoma renal.

### **Material y métodos:**

Niña de 4 años sin antecedentes importantes. Unas 20 horas antes, cae desde sus pies, golpeándose en flanco derecho contra el suelo, comenzando con dolor local, vómitos y fiebre. Exploración: palidez, taquicardia, dolor y defensa muscular en hemiabdomen derecho. Anemia, leucocitosis, función renal normal, sin hematuria. Ecografía y TC: masa renal derecha en tercio inferior y medio, heterogénea, hematoma perirenal y líquido libre intraperitoneal.

### **Resultados:**

Presenta inestabilidad hemodinámica, precisando transfusión sanguínea. Se realiza laparotomía subcostal derecha, encontrando hematoma contenido en fosa renal, se realiza nefrectomía. Informe anatomopatológico: masa sólida encapsulada de con áreas hemorrágicas y necróticas, con ruptura de fascia de Gerota. Se establece diagnóstico de Nefroblastoma, no anaplásico estadio 3. Realiza tratamiento quimioterapéutico y radioterapéutico, No asocia metástasis. Presenta buena evolución.

### **Conclusiones:**

El Nefroblastoma, produce alteración estructural del riñón, favoreciendo la hemorragia tras traumatismo abdominal, incluso el producido en traumatismos leves. Cuando el tumor es pequeño, puede ser difícil identificarlo en la ecografía renal, estando oculto en la zona del hematoma, retrasando el diagnóstico; por lo tanto, es importante tener la sospecha de Nefroblastoma u otra patología estructural del riñón ante un traumatismo abdominal leve, que produce un hematoma renal. Esto es importante porque el manejo del nefroblastoma que asocia hemorragia, es quirúrgico y el del hematoma renal postraumatismo en paciente estable, es conservador.



**ID:** 83 Póster electrónico

## PRESENTACIÓN INUSUAL DE MASA PRESACRA

*Alonso Ciodaro, Giuliana; Moreno Hurtado, Carolina; Torres de Aguirre, Ana María; Núñez Núñez, Ramón*

Hospital Universitario Materno Infantil de Badajoz.

### **Objetivos:**

Los tumores presacros, tienen una incidencia de 1/40.000 nacidos vivos; representan un grupo heterogéneo de lesiones, como teratomas, quistes de duplicación rectal, neuroblastomas, lipomas, linfangiomas, mielomeningocele, abscesos, entre otros. Presentamos un caso de masa presacra con diagnóstico inicial de duplicación rectal.

### **Material y métodos:**

Niña de 1,5 años que después del nacimiento presenta tumoración glútea derecha pequeña, asintomática, con piel intacta, que aparece y desaparece espontáneamente, en una ocasión evacúa contenido sanguinolento oscuro por ano, a veces palpable al tacto rectal; sin antecedentes de interés, no hábito estreñido. Analítica normal, marcadores tumorales negativos. En ultrasonido, presenta lesión quística de 5x3cm con líquido complicado, y en control ecográfico tras drenaje espontáneo, ha disminuido considerablemente de tamaño. La Resonancia magnética muestra masa lobulada de 2,5cm con contenido líquido, anterior al cóccix, contactando y desplazando el recto; parece haber trayecto fistuloso hacia recto.

### **Resultados:**

Con sospecha diagnóstica de duplicación rectal, se realiza incisión sagital posterior con exéresis completa, sin incidir en recto. Anatomía patológica: masa multilobulada de 3cm de diámetro, con epitelio escamoso y paredes fibroadiposas con algunos haces musculares, compatible con teratoma presacro.

### **Conclusiones:**

Se realizó la sospecha de duplicación rectal, porque éstas pueden comunicar con recto y sangrar debido a la presencia de tejido gástrico o pancreático ectópico, confirmándose el diagnóstico por la presencia de mucosa intestinal y doble pared de músculo liso. En nuestro caso, encontramos un teratoma sacrococcígeo de comportamiento atípico con trayecto fistuloso al recto y drenaje de material hemático, simulando más un quiste de duplicación rectal.



**ID:** 88 Póster electrónico

## COLECISTITIS EN LACTANTES, ¿ES SIEMPRE NECESARIA LA COLECISTECTOMÍA DIFERIDA?

*Ramírez Piqueras, María; Marijuan Sahuquillo, Verónica; Hernández Anselmi, Esperanza; Moratalla Jareño, Tania; Argumosa Salazar, Yrene; Fernández Córdoba, María Soledad*

Complejo Hospitalario de Albacete.

### **Objetivos:**

La colelitiasis es una condición común, que raramente se manifiesta en la infancia, de éstas un 15 % se diagnostica el primer año de vida. La mayor parte de los niños cursan de manera asintomática. La colecistitis litiasica es una enfermedad excepcional a esta edad, siendo más frecuente la alitiasica. El manejo de estos niños está póbrememente definido. Aunque la colecistectomía laparoscópica (CL) se realiza con éxito en lactantes y es considerada el tratamiento estándar en adultos con colelitiasis complicada, no es un procedimiento exento de riesgo en la etapa infantil. Algunos autores abogan por el tratamiento conservador basado en que la colelitiasis tiene una alta tasa de resolución espontánea a esta edad.

Presentamos un caso de colecistitis en un paciente de dos meses tratado de manera conservadora con la ulterior resolución de la colelitiasis con tratamiento colerético

### **Material y métodos:**

Paciente de dos meses, con colelitiasis conocida, que ingresa con cuadro de dolor abdominal agudo, vómitos, leucocitosis. La ecografía muestra una colecistitis aguda, litiasis biliar única y barro biliar. No tiene otros antecedentes perinatales de interés, alteraciones hemolíticas ni factores de riesgo perinatales para litiasis biliar. Se instauró tratamiento con antibiótico, dieta absoluta y ácido urodesoxicólico.

### **Resultados:**

El cuadro agudo se manejó con tratamiento conservador (antibiótico y colerético) y la litiasis se resolvió a los 3 meses de éste. No se realizó colecistectomía y está asintomático.

### **Conclusiones:**

El manejo conservador fue una alternativa en este caso a la CL, no solo en el tratamiento de la colecistitis sino también de la colelitiasis.



**ID:** 92 Póster electrónico

## FÍSTULA PALATINA SECUNDARIA A INGESTA CÁUSTICA

*Jurado Tabares, María; Palomares Garzón, Cristina; Díaz Diñeiro, María; Argos Rodríguez, María Dolores; Pérez Rodríguez, Juan; Sánchez Díaz, Félix*

Hospital Regional Universitario Materno Infantil de Málaga.

### **Objetivos:**

La ingestión cáustica supone un grave problema médicosocial en nuestro medio. En el 30% de los accidentados se producirán lesiones. Presentamos el caso de un paciente con afectación esofágica que desarrolló fístula palatina.

### **Material y métodos:**

Lactante de un mes, de origen marroquí, remitido a nuestro centro con diagnóstico de esofagitis grado II por sospecha de ingesta cáustica 4 días antes, tras realización de esofagogastroscoopia en hospital de origen. Presenta además desnutrición, neumonitis aspirativa y lesiones orales. Al ingreso inició tratamiento con nutrición parenteral, corticoterapia, anti-H2 y antibioterapia según nuestro protocolo de ingesta cáustica. Al 8º día postingesta, se evidencia fístula nasopalatina y estenosis de coanas. Al 15º día de ingreso se realiza esofagogastroscoopia confirmándose esofagitis grado II.

### **Resultados:**

Se colocó sonda nasogástrica como tutor esofágico y para iniciar nutrición enteral. Al mes de la esofagoscopia se realiza esofagograma evidenciándose estenosis severa de 1/3 medio. La fístula oronasal cerró progresivamente permaneciendo orificio de 0.5 cm. Las lesiones en faringe progresaron hasta producir membrana estenótica en orofaringe haciendo imposible intubación orotraqueal, precisando traqueostomía. Tras mejora postraqueostomía se ha realizado primera dilatación esofágica y gastrostomía.

### **Conclusiones:**

Dada la alta frecuencia de accidentes por cáusticos, actualmente la mayoría de los hospitales españoles tienen protocolos para manejo de causticaciones, centrados principalmente en el control de las lesiones esofágicas. Presentamos este caso como ejemplo de paciente con lesiones complejas poco comunes de difícil manejo durante el proceso agudo y de las posibles complicaciones.





**ID:** 93 Póster electrónico

## TRATAMIENTO DE FÍSTULA PALATINA CON INJERTO DE SUBMUCOSA INTESTINAL DE CERDO

*Jurado Tabares, María; Martínez Villamandos, Alfonso; Palomares Garzón, Cristina; García Soldevila, Nuria; Martínez Del Castillo, María Luisa; Aguilera Neuenschwander, José Jesús*

Hospital Regional Universitario Materno Infantil de Málaga.

### **Objetivos:**

Las fístulas palatinas representan un desafío importante en el tratamiento del paladar hendido. En la literatura se describe que la recurrencia de fístulas palatinas primarias es de hasta el 76% y las recurrentes es de aproximadamente el 100%. Describimos un paciente en el que se ha utilizado injerto de submucosa intestinal de cerdo para cierre de fístula.

### **Material y métodos:**

Varón de 10 años con fístula en paladar duro como secuela de uranoestafilorrafia. Presenta rinolalia y escapes nasales, por lo que se plantea cirugía. Durante acto quirúrgico se disecan colgajos fibromucosos laterales a la fístula y se cubre plano nasal con injerto de submucosa intestinal de cerdo. En la misma cirugía se inyecta ácido hialurónico en pilares palatofaríngeos.

### **Resultados:**

En el postoperatorio inmediato presentó buena evolución siendo dado de alta a las 24 horas con dieta triturada y cuidados locales. Actualmente existe un cierre completo de la fístula sin escapes nasales y voz normal.

### **Conclusiones:**

El cierre de fístulas palatinas se ha hecho tradicionalmente con el uso de colgajos mucoperiósticos locales, sin embargo, la recurrencia de la misma se presenta en uno de cada tres a cuatro pacientes. Se han descrito diferentes técnicas quirúrgicas con la finalidad de disminuir la recurrencia, como el uso de diferentes colgajos, injertos óseos, cartílagos, matriz dérmica acelular y plasma rico en factores de crecimiento. Con este caso proponemos una alternativa más para el tratamiento de esta patología.



**ID:** 94 Póster electrónico

## COMPLICACIONES UROLÓGICAS EN EL TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO

*García, Laura; Gander, Romy; Royo, Gloria; Molino, José Andrés; Vicente, Nerea; Ariceta, Gema; Lloret, Josep; Asensio, Marino*

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

### **Objetivos:**

Las complicaciones urológicas (CU) en el trasplante renal pediátrico (TRP) causan aumento de morbilidad y estancia hospitalaria, amenazando la viabilidad del injerto. Analizamos nuestra experiencia en el manejo de CU en el TRP.

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo (2000-2015) de pacientes sometidos a TRP que desarrollaron CU. El implante vesicoureteral se realizó según técnica de Lich-Gregoir sobre tutor ureteral. Las CU fueron divididas en precoces y tardías (60 días post-TRP).

### **Resultados:**

Se realizaron 176 TR, objetivando CU en 22 (12.5%). En estos, el TRP se realizó a una edad media de 10.3 años (DE 5.2;(2,1-17,2)) y con un peso medio de 28.5 kg (DE 14,9;(8,5-60)). El 36,3% presentaba uropatía previa. Doce pacientes (54.5%) presentaron complicaciones precoces, siendo en todos fuga urinaria: 6 se resolvieron de forma espontánea y 6 con reimplante ureteral (2 necrosis ureterales). Diez pacientes (47,6%) desarrollaron complicaciones tardías: 2 estenosis ureterales se trataron inicialmente con dilatación endoscópica, precisando uno de ellos reimplante ureteral al uréter nativo; 8 pacientes presentaron reflujo vesicoureteral sintomático: 1 caso se trató con circuncisión; 3 precisaron inyección cistoscópica de copolímero dextranómero (exitoso en 2) y tres casos con vejiga neurógena subyacente se trataron con cateterismo intermitente, necesitando uno de ellos ampliación vesical y otro, inyección vesical de botox. Con un seguimiento de 7,2 años (DE 4,9;(0,2-15,7)) ningún paciente ha fallecido o ha perdido el injerto a causa de CU.

### **Conclusiones:**

El diagnóstico y tratamiento precoz de las CU en el TRP es fundamental para disminuir la morbimortalidad y evitar la pérdida del injerto.



**ID:** 99 Póster electrónico

**VASOS POLARES EN LA ESTENOSIS PIELOURETERAL PEDIÁTRICA. ¿LOS ESTAMOS INFRAVALORANDO?**

*García, Laura; Gander, Romy; Royo, Gloria; Lloret, Josep; Asensio, Marino*

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos:**

La aparición de técnicas quirúrgicas que permiten una mejor visualización de la unión pieloureteral ha incrementado el diagnóstico de vasos polares (VP) como causa extrínseca de estenosis pieloureteral (EPU). Analizamos nuestra serie de pieloplastias robóticas para determinar el papel de VP en la EPU.

**Material y métodos:**

Estudio retrospectivo (2010-2015) de pacientes con EPU intervenidos de pieloplastia mediante laparoscopia asistida con robot Da Vinci. El estudio preoperatorio incluyó ecografía renal, renograma MAG-3 y URO-RM, en casos de alta sospecha de VP. Se realizó un abordaje transperitoneal y pieloplastia desmembrada tipo Anderson-Hynes sobre tutor ureteral con trasposición posterior del vaso polar si estaba presente.

**Resultados:**

Treinta y cinco pacientes (27 varones, 8 mujeres) fueron intervenidos con una edad media de 9 años (DE 4,5; (2,2-18)) y un peso medio de 38,4 Kg (DE 19.4;(12-82)). La indicación quirúrgica fue obstrucción en 21 (60 %) y dolor cólico en 12 (34.2%). Preoperatoriamente los VP se diagnosticaron en 4 casos (11,4%), mientras que durante la cirugía los VP fueron causa de EPU en 21 pacientes (60%). De ellos, 6 casos fueron reintervenciones por VP inadvertidos en la lumbotomía posterior inicial. Con un seguimiento de 2,5 años (DE 1,6; (0,1-5,9)) todos los pacientes se encuentran asintomáticos con resolución del patrón obstructivo en el renograma.

**Conclusiones:**

La elevada incidencia de VP en nuestra serie demuestra la necesidad de descartar con seguridad su existencia con el objetivo de minimizar complicaciones y fracasos terapéuticos.



**ID:** 101 Póster electrónico

## APLICACIÓN DE LA RADIOFRECUENCIA EN MALFORMACIÓN LINFÁTICA MICROQUÍSTICA

*Simal, Isabel 1; De Diego, Ernesto 2; Fernández, Inmaculada 2; López, Antonia 2; Tardáguila, Ana 2*

1 Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón; 2 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

### **Objetivos:**

El manejo de las malformaciones linfáticas microquísticas puede llegar a ser tedioso. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de esta lesión con radiofrecuencia en localización fuera de la cavidad oral

### **Material y métodos:**

Niña de 11 años con malformación linfática microquística en región submamaria izquierda que había sido tratada previamente mediante escleroterapia con un sellador tisular. Tras el tratamiento presentó persistencia de la lesión en su componente más superficial, con algunas zonas hemorrágicas

### **Resultados:**

Se realizó ablación de las lesiones por radiofrecuencia con una sonda de doble terminal a 4W de potencia, enfriando previamente la piel circundante con gel refrigerado. Se creó una escara limitada a las lesiones (sin extensión de la quemadura) que cicatrizó sin incidencias. Actualmente evoluciona de forma favorable, con eliminación progresiva de las lesiones costrosas residuales

### **Conclusiones:**

La radiofrecuencia es una opción de tratamiento válida en malformaciones linfáticas microquísticas tanto en cavidad orofaríngea como en localización dérmica y subcutánea.



**ID:** 102 Póster electrónico

## DISEÑO 3D A MEDIDA PARA RECONSTRUCCIÓN DE GRAN DEFECTO COSTAL

*Simal, Isabel 1; García-Casillas, M<sup>a</sup> Antonia 1; Cerdá, Julio 1; Riquelme, Óscar 2; Lorca, Concepción 3; Pérez Egido, Laura 1; Fernández, Beatriz 1; De la Torre, Manuel 1; De Agustín, Juan Carlos 1*

1 Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón.; 2 Traumatología Infantil. Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón.; 3 Cirugía Plástica Infantil. Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

### **Objetivos:**

La reconstrucción de grandes defectos de la pared costal siempre exige al cirujano disponer de multitud de recursos (tanto materiales como de ingenio) para aportar cobertura a defectos de pared torácica que pueden variar desde unos pocos centímetros a la ausencia de varios arcos costales completos.

### **Material y métodos:**

Presentamos el caso de un adolescente al que se le practicó una resección completa de 3 arcos costales por un sarcoma de Ewing dependiente del 6º arco. Dada la magnitud del defecto se diseñó una estrategia quirúrgica multidisciplinar en la que participaron cirujanos torácicos pediátricos, traumatólogos y plásticos, aportando cobertura rígida y de partes blandas, para lograr el menor impacto funcional y estético posible. Se diseñaron implantes de titanio a medida de los arcos costales 5º y 7º basados en la reconstrucción 3D del TC

### **Resultados:**

La cirugía se realizó a través de una toracotomía lateral izquierda ampliada. Tras realizar la exéresis de la pieza (arcos 5,6 y 7 completos) el defecto medía 35x12x6cm. Se colocó una malla de goretex y después los implantes, anclándolos al fragmento costal posterior de los arcos sanos, y en la parte anterior al cartílago. Finalmente la zona quirúrgica fue cubierta con un colgajo de latissimus y se procedió al cierre. El paciente fue extubado en quirófano y el postoperatorio transcurrió sin incidencias. Actualmente presenta una movilidad completa y lleva una vida normal.

### **Conclusiones:**

El implante de arcos costales a medida, combinado con otras técnicas, constituye una buena opción quirúrgica para la reconstrucción de grandes defectos de la pared torácica.



**ID:** 107 Póster electrónico

## OSTEOCONDROMA DE PARED TORÁCICA CON DEGENERACIÓN MALIGNA EN EL ADOLESCENTE

*Ortega Escudero, Marta; Ruiz Hierro, Cristina; Hernández Díaz, Carlos; Chamorro Juárez, María Rocío; González Herrero, Marina; Gutiérrez Dueñas, José Manuel*

Hospital Universitario de Burgos.

### **Objetivos:**

El osteocondroma es el tumor benigno más frecuente en la infancia, localizado principalmente en huesos largos, asintomático y de crecimiento lento. La degeneración maligna es excepcional.

### **Material y métodos:**

Varón de 13 años con dolor torácico de 1 mes de evolución, sin antecedente traumático, no cede con analgesia. Exploración física: región supramamilar derecha, tumoración 2x3cm, dolorosa a la palpación. Radiografía de tórax: lesión sobre 2º-3º arcos costales. Por la clínica de dolor, y para descartar lesión agresiva, se realizó tomografía: lesión ósea emergente de la cortical de la tercera costilla derecha, componente de partes blandas asociado de 5x3,5cm, con calcificaciones y crecimiento extrapulmonar, afectando planos musculares intercostales y pectoral, sugestivo de osteocondroma, sin poder excluir malignidad. En resonancia magnética nuclear se descarta edema de partes blandas e infiltración de pared torácica.

### **Resultados:**

Punción-biopsia ecoguiada: proliferación lobular cartilaginosa con rasgos de benignidad. Cirugía: lesión firmemente adherida a la pleura parietal sin infiltrarla; exéresis con márgenes amplios. Anatomía patológica: condrosarcoma bien diferenciado (Grado I) sobre osteocondroma, con márgenes quirúrgicos libres. El estudio de extensión mediante TAC resultó negativo. El paciente no precisó tratamiento coadyuvante. Actualmente el paciente se encuentra asintomático y en seguimiento.

### **Conclusiones:**

La degeneración maligna de osteocondroma a condrosarcoma es muy infrecuente en la edad pediátrica. El pilar fundamental del tratamiento es la exéresis amplia, puesto que el papel de la quimioterapia y la radioterapia es limitado. En los de bajo grado, con margen de resección libre y sin enfermedad a distancia, no son necesarias terapias coadyuvantes. Recomendamos seguimiento estrecho de pacientes con osteocondroma.



**ID:** 108 Póster electrónico

## NEURODISPLASIA INTESTINAL Y MEN 2B: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Olivares Muñoz, Marta 1; García Smith, Natalia 1; Manuela, Corradini 1; Suzzi, Chiara 1; Julià Masip, Victoria 2; Salvador Sanchís, José Luis 3; Laguna Sastre, Manuel 3; Tosca Segura, Ricardo 4*

1 Cirugía Pediátrica-Hospital Universitari General de Castelló; 2 Hospital Sant Joan de Déu-Barcelona; 3 Cirugía General-Hospital Universitari General de Castelló; 4 Pediatría-Hospital Universitari General de Castelló.

### **Objetivos:**

La ganglioneurodisplasia intestinal es una enfermedad poco frecuente que, al igual que la enfermedad de Hirschsprung, produce retraso en la eliminación del meconio, estreñimiento crónico y cuadros de oclusión-suboclusión intestinal. La etiología es multifactorial, pero se sabe que, mutaciones del protooncogen RET, juegan un papel fundamental en el origen de estos trastornos. Por otro lado, las mutaciones del gen RET que producen un cambio de la cisteína por otro aminoácido son responsables de la aparición del carcinoma medular de tiroides (CMT), MEN 2<sup>a</sup> y MEN 2B.

En los pacientes afectados de neurodisplasia intestinal, a diferencia de los niños con enfermedad de Hirschsprung, las mutaciones se encuentran característicamente en el exón 16, causantes del MEN 2B, que implica la aparición de CMT a edades muy tempranas, feocromocitomas bilaterales, ganglioneuromas en la mucosa del tracto digestivo, conjuntiva, labios y lengua y hábito marfanoide. Nuestro objetivo es presentar un caso de displasia neuronal asociado a MEN 2B.

### **Material y métodos:**

Paciente de 2 años, sin antecedentes de interés, que presenta distensión abdominal y vómitos fecaloideos. En la laparotomía exploradora no se objetivó ninguna causa obstructiva. Se realizó apendicectomía e irrigaciones intestinales. La anatomía patológica informó de displasia neuronal intestinal.

### **Resultados:**

EL estudio del gen RET reveló mutación M918T en exón 16. Ya presentaba elevación de calcitonina, ecografía tiroidal normal, estudio de catecolaminas normales. Se realizó tiroidectomía y vaciamiento ganglionar. La AP evidenció dos microrcarcinomas medulares. El estudio genético familiar fue normal.

### **Conclusiones:**

Es imprescindible el despistaje de mutaciones del protooncogen RET en niños diagnosticados de neurodisplasia intestinal.



**ID:** 111 Póster electrónico

## RESULTADOS DEL SÍNDROME DE INTESTINO ULTRACORTO (SIUC) EN NIÑOS TRATADOS EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN INTESTINAL (URI) MULTIDISCIPLINARIA

*Dore Reyes, Mariela 1; Triana Junco, Paloma 1; Andrés Moreno, Ane 1; Núñez Cerezo, Vanesa 1; Romo Muñoz, Martha 1; Sánchez Galán, Alejandra 1; Prieto Bozano, Gerardo 2; Ramos Boluda, Esther 2; Hernández Oliveros, Francisco 1; López-Santamaría, Manuel 1*

1 Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario La Paz; 2 Unidad de Rehabilitación Intestinal, Servicio de Gastroenterología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz. Madrid.

### **Objetivos:**

El síndrome de intestino corto es la principal causa de fracaso intestinal (FI) en la población pediátrica. Nuestro propósito es revisar los resultados a largo plazo del SIUC en una URI.

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo de los pacientes con SIUC (definido como <10cm de intestino delgado remanente) tratados entre el 2000-2015. Se analizaron datos demográficos, clínicos y del tratamiento incluyendo nutrición parenteral (NP), cirugía reconstructiva y trasplante intestinal (TI).

### **Resultados:**

Treinta de los 250 pacientes referidos a la URI cumplieron criterios de inclusión. En su primera valoración, los niños presentaron edad de 3(1-217) meses, se les había realizado 3(1-6) laparotomías previas que les dejaron con 5(0-9) cm de intestino remanente. La principal causa de SIUC fue el vólvulo neonatal (50%). Se encontró hepatopatía asociada al fracaso intestinal (IFALD) avanzada en 63%. Ninguno logró la autonomía digestiva y por tanto fueron considerados para TI. Un paciente se excluyó, 5 fallecieron antes del TI, y 3 continúan en lista. Seis pacientes recibieron un TI aislado, 6 hepatointestinal, y 18 un injerto multivisceral. El 71% logró autonomía tras 31(14-715) días del trasplante, encontrándose actualmente 62% vivos y sin NP. Se observó menor progresión del IFALD previo al TI con la introducción de nuevas emulsiones lipídicas en el 2010 (SMOF).

### **Conclusiones:**

Una URI multidisciplinaria que incluya un programa de TI ofrece un enfoque integral a los pacientes con FI y es indispensable para mejorar la supervivencia del SIUC. Las nuevas emulsiones lipídicas tuvieron impacto en la progresión del IFALD y podrían reducir la mortalidad.





**ID:** 112 Póster electrónico

**RECIÉN NACIDO CON MACROHEMATURIA ¿SERÁ UN TUMOR? ¿QUÉ SERÁ?**

*Pradillos Serna, José María; Ardela Díaz, Erick*

Complejo Asistencial Universitario de León.

**Objetivos:**

La hematuria puede estar vinculada con diversas patologías nefrológicas o urológicas benignas o potencialmente graves. El nefroma mesoblástico congénito, hamartoma leiomiomatoso o mesenquimal es un tumor raro, aunque es el más frecuente en el recién nacido. La presentación clínica es la de masa renal detectada en la exploración, también hematuria, vómitos, hipertensión pulmonar. Afecta más frecuente el riñón derecho y todos son unilaterales. Las válvulas de uretra posterior son una anomalía congénita rara (1/5.000-8.000 embarazos) Son la causa más frecuente de obstrucción ureteral bilateral en recién nacidos varones.

**Material y métodos:**

Recién nacido varón que inicia macrohematuria a las 36 horas de vida. Parto eutócico a término inducido por hidronefrosis. Al ingreso se realiza sondaje vesical. En la exploración física destaca una masa en flanco y criptorquidia derecha. Las pruebas complementarias fueron: alteración de la orina y ecografía abdominal con desestructuración del polo superior y parénquima del riñón derecho. El primer diagnóstico fue nefroma mesoblástico congénito. Se amplía estudio con: RMN renal, CUMS, gammagrafía renal objetivándose una vejiga de lucha, dilatación de la uretra posterior.

**Resultados:**

La presencia de masa abdominal, desestructuración parenquimatosa renal, macrohematuria e hipertensión hicieron pensar en un tumor abdominal congénito que fue descartado tras la CUMS.

**Conclusiones:**

La ruptura del cáliz superior derecho puede considerarse un mecanismo "pop off" que evitó el daño renal. El tratamiento es quirúrgico, mediante la resección o electro fulguración de las válvulas. La disfunción vesical es una secuela importante y frecuente tras la cirugía que precisa tratamiento médico y/o quirúrgico.



**ID:** 121 Póster electrónico

**SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WUNDERLICH Y SINDROME DE ZINNER; ¿QUÉ TIENEN EN COMÚN?**

*Hernández Anselmi, Esperanza 1; Fernández Ibieta, María 2; Ramírez Piqueras, María 1; Argumosa Salazar, Yrene 1; Marijuán Sahuquillo, Verónica 1; Moratalla Jareño, Tania 1; Fernández Córdoba, María Soledad 1*

1 Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2 Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

**Objetivos:**

Comparar dos síndromes urogenitales con quistes pélvicos y agenesia renal ipsilateral. Las anomalías del conducto mesonéfrico provoca agenesia o displasia renal, y en el varón atresia de los conductos eyaculadores y quistes de las vesículas seminales, esta asociación (síndrome de Zinner) provoca infecciones urinarias, epididimitis en la adolescencia e infertilidad. El síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich (HWW) asocia agenesia renal a útero didelfo, septo vaginal y hemivagina ciega (fusión anormal de los conductos paramesonéfricos) originando quistes pélvicos por acúmulo de secreciones, dismenorrea e infertilidad.

**Material y métodos:**

Casos clínicos

**Resultados:**

Niño de 2 años con diagnóstico prenatal de riñón izquierdo displásico, ecográficamente además megauréter izquierdo, sospecha de ureterocele izquierdo y displasia quística de vesículas seminales (Zinner)

Presenta infecciones urinarias y epididimitis de repetición, anulación funcional renal. Mediante cistoscopia se descarta ureterocele confirmando uréter ectópico, practicando nefroureterectomía izquierda laparoscópica y circuncisión, con buena evolución.

Niña de 6 años con púrpura idiopática y agenesia renal derecha, aqueja dolor pélvico intermitente. Ecográficamente quiste pélvico complicado, la RMN demostró dos cuerpos uterinos y doble vagina, hemivagina derecha ciega, piometrocolpos, ovarios normales (HWW). Se realizó vaginoscopia, apertura del septo vaginal y drenaje del piometrocolpos utilizando material laparoscópico, dejando Foley en hemivagina 9 días, asintomática tras 8 meses.

**Conclusiones:**

Ante quistes pélvicos y agenesia renal ipsilateral considerar síndrome de Zinner en los niños y HWW en las niñas.

Los quistes de las vesículas seminales pueden remedar un ureterocele o divertículo, RMN aclara el diagnóstico.

En varones sintomáticos está indicada la nefroureterectomía y vesiculectomía, en niñas apertura de hemivagina previene complicaciones y preserva fertilidad.



**ID:** 124 Póster electrónico

**ABSCESOS EN PEDIATRÍA, NO SIEMPRE SON LO QUE PARECEN.**

*Giménez Alexandre, Cristina; Reyes Ríos, Paulo Yesid; Villamil, Vanesa; Martínez Castaño, Irene; Girón Vallejo, Óscar; Ruíz Jiménez, José Ignacio*

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

**Objetivos:**

El aumento de la movilidad geográfica ha generado un incremento de enfermedades infecciosas importadas, siendo la miasis cutánea la 4º patología más frecuente. La dermatobiosis humana es un tipo de miasis, causada generalmente por *Dermatobia hominis*, que se presenta como lesiones forunculares con orificio central y exudado mucoso o serosanguinolento.

**Material y métodos:**

Paciente de 7 meses con cuadro de 3 semanas de evolución, consistente en tumoración dolorosa con eritema, calor local y orificio central con exudado mucoide espontáneo. Diagnosticado previamente de absceso y tratado con amoxicilina + ácido clavulánico, sin mejoría clínica y con crecimiento progresivo de la lesión. Destacar como antecedente viaje a Paraguay. Se realiza ecografía, visualizando área de celulitis de 35 x 13 mm con evidencia tejido de granulación, calcificación y efecto doppler positivo en su interior.

**Resultados:**

Dado el antecedente del viaje y el aspecto de la lesión se ocluye con vaselina, impidiendo la respiración de la larva. Posteriormente, bajo sedación e infiltración de lidocaína perilesional, se realiza dilatación del orificio central y expresión de tumoración, consiguiendo extracción de larva.

**Conclusiones:**

El diagnóstico clínico de dermatobiosis en nuestro medio es sencillo teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. Antecedente de viaje o residencia en áreas endémicas.
2. Forúnculo eritematoso con orificio central.
3. Salida de material serosanguinolento o mucoide.
4. Sensación de movimiento en la lesión.

No son necesarias técnicas de imagen para el diagnóstico, aunque la ecografía sería útil en casos tardíos o complicados.

El tratamiento es sencillo y reproducible en cualquier servicio de pediatría o cirugía pediátrica.



**ID:** 125 Póster electrónico

## MEMBRANAS DE NANOFIBRAS PARA MEJORAR EL CONTROL LOCAL DE TUMORES SÓLIDOS PEDIÁTRICOS TRAS UNA RESECCIÓN SUBTOTAL

*Manzanares , Alejandro<sup>1</sup>; Monterrubio, Carles<sup>2</sup>; Pascual-Pasto, Guillem<sup>2</sup>; Gené Olaciregui, Nagore<sup>2</sup>; Tornero, José Antonio<sup>3</sup>; Mora, Jaume<sup>4</sup>; M Carcaboso, Ángel<sup>2</sup>*

1 Fundació Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.; 2 Fundació Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat.; 3 Institut de Investigació Tèxtil i Cooperació Industrial de Terrassa (INTEXTTER), Universitat Politècnica de Catalunya; 4 Fundació Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

### **Objetivos:**

El control local, tras la resección quirúrgica, supone un reto en oncología pediátrica, y se necesitan nuevos tratamientos como alternativa a la radioterapia. SN-38 es un fármaco antineoplásico con actividad probada contra diferentes tumores sólidos pediátricos (neuroblastoma, sarcoma de Ewing y rhabdomyosarcoma entre otros), siendo muy poco soluble en agua. Aprovechando esta propiedad hemos desarrollado un nuevo sistema de liberación del fármaco mediante el depósito de microcristales de SN-38 en membranas de nanofibras de PLA/PLGA.

### **Material y métodos:**

Hemos realizado diferentes estudios preclínicos in vivo para caracterizar la biodistribución de SN-38 liberado. Hemos desarrollado modelos en roedor de resección parcial de tumores sólidos pediátricos para estudiar la actividad y otros para valorar la potencial toxicidad de este nuevo tratamiento.

### **Resultados:**

Se consiguen niveles altos del fármaco en el espacio entre la membrana y el tumor, consiguiendo una penetración de 2mm en la masa tumoral. Los ratones tratados con membranas cargadas con SN-38 vivieron más tiempo que los controles ( $p = 0.0068$ ). Los estudios de toxicidad no han revelado niveles de toxicidad severa.

### **Conclusiones:**

Este nuevo sistema de liberación de fármacos puede suponer una buena estrategia en el futuro para mejorar el control local tras la resección quirúrgica de tumores y disminuir la toxicidad de la radioterapia.



**ID:** 132 Póster electrónico

## FIBROMA OVÁRICO BILATERAL: SÍNDROME DE GORLIN

*Betancourth-Alvarenga, Josué Eduardo; Murcia Pascual, Francisco Javier; Vázquez Rueda, Fernando; Cárdenas Elías, Miguel Ángel; Siu Uribe, Ariadna; Garrido Pérez, José Ignacio; Paredes Esteban, Rosa María*

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

### **Objetivos:**

El Síndrome de Gorlin (SG) es una enfermedad hereditaria autosómica dominante con una prevalencia de 1/57,000-256,000 que se caracteriza por la aparición de carcinomas basocelulares, queratoquistes odontogénicos y alteraciones esqueléticas. Puede asociar fibroma ovárico siendo la bilateralidad muy sugestiva de SG. A continuación, se presenta un caso de SG en una paciente intervenida por masa abdominal.

### **Material y métodos:**

Reporte de un caso de SG con fibroma ovárico bilateral

### **Resultados:**

Niña de 12 años con antecedente familiar de tía materna con adenocarcinoma ovárico y antecedente personal de hidrocefalia congénita, que presenta gran tumoración abdominal de rápido crecimiento en el último mes, no doloroso y móvil, compatible con masa ovárico. Se decide intervención quirúrgica realizando salpingo-ooforectomía izquierda y tumorectomía derecha más linfadenectomía regional. El ovario izquierdo de 3,078 cc (19x18x9 cm) y la tumorectomía derecha presentaron sustitución del tejido ovárico por neoformación blanco-grisácea correspondiente a un fibroma ovárico con focos aislados de diferenciación tecal y estroma colagenizado con celularidad variable y atipia de baja actividad mitótica con expresión difusa de vimentina. Ante el hallazgo se completa estudio con ortopantografía confirmando queratoquistes odontogénicos y radiografías con calcificación del falx cerebri. La recuperación de la cirugía fue favorable.

### **Conclusiones:**

El SG es una patología hereditaria rara que requiere un diagnóstico oportuno para el tratamiento y prevención de posibles complicaciones como los carcinomas basocelulares. En caso de presentar fibromas con afectación bilateral se debe de intentar la preservación del tejido ovárico normal con el riesgo de recurrencia.



**ID:** 141 Póster electrónico

## SÍNDROME OHVIRA (OBSTRUCTED HEMIVAGINA AND IPSILATERAL RENAL ANOMALY): REVISIÓN DE UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE Y PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

*Palomares Garzón, Cristina; Díaz Diñeiro, María; Jurado Tabares, María; Martínez Villamandos, Alfonso; Miele Cerchar, Moisés; García Ceballos, Ana; Argos Rodríguez, María Dolores; Pérez Rodríguez, Juan*

Hospital Regional Universitario de Málaga.

### **Objetivos:**

El término OHVIRA hace referencia a una malformación congénita infrecuente que asocia útero didelfo, vagina septada, hemivagina obstruida y anomalía renal ipsilateral. Habitualmente conocido con el epónimo Síndrome de Herlyn Werner Wunderlich, en el que la malformación genital se asocia a agenesia renal, la nueva denominación surge recientemente en respuesta a reportes en la literatura de pacientes con distintas anomalías renales.

### **Material y métodos:**

Presentamos 5 casos clínicos. El primero se trata de una niña de 12 años con cuadro de dolor abdominal bajo de 4 días de evolución y ecografía sugestiva de hidrometrocolpos izquierdo, útero didelfo y agenesia renal ipsilateral. Dos casos de niñas de 10 y 20 meses respectivamente, con antecedentes de ITUs por las que se realiza ecografía en la que se detecta la duplicación uterovaginal, hemivagina ciega y agenesia renal. Las 2 últimas corresponden a lactantes con diagnóstico prenatal de displasia multiquística renal ipsilateral asociado a la anomalía genital descrita.

### **Resultados:**

En la primera paciente se realizó drenaje urgente y septostomía vaginal, evolucionando favorablemente y permaneciendo en la actualidad asintomática. En 3 de los casos restantes, se ha realizado exéresis del septo y vaginocistoscopia de forma programada sin incidencias.

### **Conclusiones:**

Esta rara condición se descubre habitualmente poco después de la menarquia, por dolor abdominal recurrente, como en el primer caso. Sin embargo, dado que las anomalías renales son actualmente un diagnóstico prenatal o natal frecuente, sería recomendable un seguimiento radiológico en estas pacientes para la detección y resolución quirúrgica precoz de la obstrucción vaginal que permita prevenir las complicaciones reproductivas futuras.



**ID:** 145 Póster electrónico

**APÓSITO PLÁSTICO TRAS LA CIRCUNCISIÓN EN PEDIATRIA. ¿FAVORECE EL BIENESTAR POSTOPERATORIO DE NUESTROS PACIENTES?**

*Rojas-Ticona, Javier; Zambudio Carmona, Gerardo; Ruiz Pruneda, Ramón; Villamil, Vanesa; Fernández-Ibieta, María; Martínez Castaño, Irene; Sánchez Sánchez, Ángela; Giménez Aleixandre, Cristina; Ruiz Jiménez, José Ignacio*

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

**Objetivos:**

Comparar el bienestar y complicaciones postoperatorias de nuestros niños intervenidos de circuncisión al usar o no apósitos plásticos adhesivos.

**Material y métodos:**

Estudio prospectivo controlado. A un grupo de niños intervenidos de circuncisión se les colocó apósito plástico transparente adhesivo al terminar la cirugía y a otro se pauto curas habituales con suero fisiológico, povidona yodada y gasa con vaselina. En caso de caída del apósito se indicó continuar curas habituales, en el resto se quitó en la consulta de control a la semana. Se encuesta a los padres con las variables de estudio y realizamos análisis estadístico descriptivo y comparaciones entre grupos utilizando chi cuadrado (SPSSv22).

**Resultados:**

Se intervinieron 50 pacientes con una edad media de  $5,9 \pm 2,3$  años y peso promedio:  $23 \pm 8,4$ kg, distribución normal (Kolmogorov Smirnov). El control postoperatorio se realizó al día 9,5 en promedio. Cada grupo estuvo compuesto por 25 niños, sin diferencias significativas respecto a edad, peso ni técnica quirúrgica empleada. No hubo diferencias entre grupos respecto a dificultad para orinar, sangrado postoperatorio, uso de analgesia ni visitas a urgencias. Los padres de los niños con apósito plástico refirieron diferencias respecto a: menor dolor e inflamación postoperatoria ( $p=0,012$ ), menor necesidad de reposo ( $p=0,008$ ) y nula necesidad de curas ( $p=0,001$ ). En 3 pacientes el apósito plástico se cayó antes del cuarto día postoperatorio.

**Conclusiones:**

En nuestros pacientes el uso de apósitos plásticos adhesivos disminuyó el dolor e inflamación, necesidad de reposo y evitó las curas, aumentando el bienestar postoperatorio en niños intervenidos por circuncisión sin incrementar las complicaciones.



**ID:** 149 Póster electrónico

## AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE DEGLUCIÓN EN LA EDAD PEDIÁTRICA. PROTOCOLO DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

*Granero Cendón, Rocío; Moya Jiménez, María José*

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

### **Objetivos:**

En nuestro medio, los trastornos de deglución se presentan hasta en el 25% de niños (debido sobre todo a patologías que impiden una deglución normal en los seis primeros meses de vida) provocando una inadecuada nutrición. La manometría de alta resolución resulta de gran utilidad para su valoración, siendo prácticamente imprescindible para la evaluación del esfínter esofágico superior (EES).  
Objetivo: Mostrar el protocolo diagnóstico de nuestro centro de los problemas de disfagia en los pacientes pediátricos mediante manometría de alta resolución

### **Material y métodos:**

Pacientes pediátricos remitidos para el diagnóstico de trastornos de deglución orgánicos o neurogénicos. Realizamos manometría de alta resolución determinando los parámetros incluidos en los criterios de Chicago en el EES, esófago y esfínter esofágico inferior (EEI)

### **Resultados:**

Hemos realizado 180 manometrías de alta resolución con el mismo protocolo consistente en manometría de alta resolución dinámica, ambulatoria, en sedestación, utilizando tres texturas: líquido, puré y sólido. Los resultados son analizados con los criterios de Chicago, derivando al paciente a tratamiento rehabilitador o quirúrgico con seguimiento en consulta de Nutrición. Los principales diagnósticos obtenidos en <2 años son la relajación incompleta de EES e EEI (causas neurológicas) y en >2 años, el peristaltismo débil con defectos peristálticos, el espasmo esofágico distal y las relajaciones esfinterianas incompletas.

### **Conclusiones:**

Los trastornos de deglución son una entidad mal enfocada desde el punto de vista del diagnóstico y tratamiento.

La manometría de alta resolución aumenta la sensibilidad y especificidad diagnóstica con respecto a la manometría convencional.

Para mejorar los resultados terapéuticos precisamos de un equipo multidisciplinar.





**ID:** 153 Póster electrónico

## CÁNCER DE PARÓTIDA EN EL NIÑO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

*Rico Espiñeira, Clara; Luis Huertas, Ana Lourdes; Espinoza Vega, Manuel; De Lucio Rodríguez, Marta; Guillén Redondo, Pilar; Souto Romero, Henar; González Meli, Beatriz*

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

### **Objetivos:**

Conocer las características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de los tumores parotídeos tratados en nuestro centro; así como nuestra experiencia en su diagnóstico y tratamiento.

### **Material y métodos:**

Estudio descriptivo y retrospectivo de los casos de tumores parotídeos tratados en nuestro centro durante el período 2002-2015. Mediante la revisión de historias clínicas se registraron los datos epidemiológicos, clínicos y anatomopatológicos, y los referentes a estudios diagnósticos y tratamientos practicados. Se realizó una revisión sistemática de la literatura.

### **Resultados:**

En el periodo de estudio se trataron tres mujeres y un varón, con una edad media de 10.2 años (rango 5-14 años). En tres casos, la enfermedad se presentó como tumoración dura de larga evolución y en uno como tumoración quística submandibular. En este último el diagnóstico inicial fue enfocado erróneamente como quiste de primer arco branquial realizándose cirugía de extirpación del quiste. El análisis anatomopatológico demostró la presencia de carcinoma acinar de parótida, realizándose parotidectomía total. En los otros tres pacientes el diagnóstico anatomopatológico fue carcinoma mucoepidermoide. Se realizó parotidectomía superficial, requiriendo en un caso parotidectomía total para ampliación de márgenes quirúrgicos un segundo tiempo. Se registraron tres casos de parálisis facial, uno de ellos con resolución espontánea, y dos requiriendo reconstrucción con nervio sural. Durante el periodo de seguimiento (1-13 años), la tasa de supervivencia fue del 100%.

### **Conclusiones:**

El cáncer de parótida en la infancia es poco común pudiendo inducir con frecuencia a errores diagnósticos.

El tratamiento de elección es quirúrgico, asociándose con frecuencia a parálisis facial como complicación postoperatoria.



**ID:** 163 Póster electrónico

## TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS EN EDAD PEDIÁTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

*de Lucio Rodríguez, Marta; Alonso Calderón, José L; de Mingo Misena, Lucas D; Souto Romero, Henar; Espinoza Vega, Manuel L; Rico Espiñeira, Clara; Guillén Redondo, Pilar; García Esparza, Elena; de Prada Vivente, Inmaculada; Luis Huertas, Ana L; Ollero Fresno, Juan C.*

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

### **Objetivos:**

Presentación de un caso de tumor sólido pseudopapilar de páncreas (TSPP) en un paciente en edad pediátrica y revisión de la literatura.

### **Material y métodos:**

Varón de 11 años de origen asiático que acudió a Urgencias por cuadro de dolor epigástrico de 4 días de evolución, con interrupción del sueño nocturno, no relacionado con la ingesta. Asoció vómitos, estreñimiento y pérdida de 1 kg de peso. Exploración física sin hallazgos relevantes. Los parámetros analíticos, incluyendo perfil hepático, pancreático y renal, presentaron valores normales.

### **Resultados:**

Las pruebas de imagen (ecografía, TC y RM abdominales) identificaron una lesión esférica de 7 cm de diámetro sin focos de calcificación ni áreas de densidad grasa en hipocondrio izquierdo. Se realizó una punción aspiración con aguja fina (PAAF) eco-guiada con diagnóstico preoperatorio de TSPP. En la intervención quirúrgica se confirmó la presencia de una gran tumoración dependiente de la cola del páncreas. El diagnóstico de la biopsia intraoperatoria y la pieza remitida tras pancreatectomía distal confirmaron el diagnóstico TSPP. El paciente no recibió terapias adyuvantes. Tras 15 meses de seguimiento, el paciente se encuentra asintomático y la RM de control descarta la presencia de tumor residual o recidiva.

### **Conclusiones:**

Señalamos la importancia de establecer un diagnóstico preciso previo a la cirugía, donde las pruebas de imagen y la PAAF juegan un papel fundamental. En nuestra experiencia, que la PAAF no aumentó el riesgo de contaminación peritoneal ni la recurrencia del tumor, en concordancia con lo publicado en/la literatura.



**ID:** 167 Póster electrónico

## EXPERIENCIA EN HAMARTOMAS MESENQUIMALES HEPÁTICOS

*Rodríguez Caraballo, Lucía; Pemartín Comella, Beatriz; Ibáñez Pradas, Vicente; Vila Carbó, Juan José*

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

### **Objetivos:**

Describir nuestra experiencia en los hamartomas mesenquimales hepáticos (HM).

### **Material y métodos:**

Describimos 3 casos con diferentes formas de presentación tratados quirúrgicamente en nuestro centro.

### **Resultados:**

Caso 1: niña de 5 meses en la que se detectó una masa abdominal tras seguimiento por ectasia pielocalicial. Asociaba hemangiomas en cuello y espalda. AFP (alfa feto proteína) normal. La resonancia magnética (RM) mostró una lesión de ecoestructura heterogénea (109x 59x64 mm) en segmentos V y VI, con necrosis y áreas de hemangioma. Se realizó hepatectomía izquierda. Tras 9 años de seguimiento, mantiene controles analíticos y ecográficos normales.

Caso 2: niño de 3 años diagnosticado de masa abdominal tras vómitos. Analítica y AFP normal. La RM mostró una tumoración hepática de 114x96x88mm en segmentos II, III, IV, con área quística y necrosis en el interior. Ante sospecha de hepatoblastoma se realizó hepatectomía izquierda ampliada. Actualmente asintomático con controles normales tras 4 años de seguimiento.

Caso 3: niña de 3 años con dolor abdominal y fiebre durante 6 días. Destaca hepatomegalia de 4cm de consistencia dura. En RM: Gran masa hepática de 123x100x78m en segmentos V, VI y VIII de predominio multiquístico con septos y componente más ecogénico y sólido. Se realizó biopsia por punción que confirmó el diagnóstico de HM complicado con abscesificación. Tras mejoría clínica y analítica con tratamiento antibiótico se realizó hepatectomía derecha sin complicaciones.

### **Conclusiones:**

El hamartoma mesenquimal hepático es un tumor benigno poco frecuente con presentación clínica variable. En nuestra serie, el tratamiento mediante resección quirúrgica fue curativo.



**ID:** 172 Póster electrónico

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ESTENOSIS GLOTOSUBGLÓTICAS CONGÉNITAS

*Carazo Palacios, María Elena; Gutiérrez San Román, Carlos; Fonseca Martín, Rosa; López Andrey, Juan; Barrios Fontoba, José Enrique; Ortolá Fortes, Paula; Vila Carbó, Juan José*

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

### Objetivos:

Presentar el tratamiento quirúrgico de dos pacientes con patología congénita de la vía aérea.

### Material y métodos:

Caso 1: Lactante de 8 meses con antecedente de dos laringotraqueitis graves. La broncoscopia reveló una estenosis gloto-subglótica tipo III de Cotton con una membrana laríngea anterior tipo III de Cohen. Sinequia anterior de las cuerdas vocales.

Caso 2: paciente de 2 años de edad con estridor y disnea de esfuerzo, la broncoscopia evidenció una estenosis subglótica congénita grado II.

### Resultados:

Se realizó corrección quirúrgica:  
Caso 1: Traqueotomía entre cuarto y quinto anillo traqueal y posterior laringotraqueofisura. Se observó una diastema medial completa del cartílago tiroideos. Se resecó la hendidura laríngea con confirmación endoscópica y se interpuso un injerto costal posterior de 0.5 cm y uno anterior de 2.5 cm para la expansión laringocricotiroidea. Colocación de molde laringotraqueal para su retirada y revisión quirúrgica a las 6 semanas de la intervención. En el postoperatorio, el paciente presentó infección de la herida quirúrgica con aerofuga que se resolvió con tratamiento conservador. El paciente requirió de dos dilataciones laríngeas posteriores. Actualmente, el calibre laringotraqueal es adecuado para su edad y se encuentra en proceso de decanulación.  
Caso 2: laringotraqueoplastia anterior con injerto costal. Postoperatorio favorable, actualmente permanece asintomática.

### Conclusiones:

Es importante realizar una broncoscopia en pacientes con disfonía o estridor de evolución tórpida para descartar malformaciones congénitas de la vía aérea. El tratamiento quirúrgico de estas malformaciones ha de realizarse en centros especialistas y pueden tener resultados exitosos.



**ID:** 174 Póster electrónico

## ATRESIA INTESTINAL TIPO APPLE-PEEL: YEYUNOSTOMÍA Y REHABILITACIÓN INTESTINAL

*García Smith, Natalie 1; Corradini, Manuela 1; Olivares Muñoz, Marta 1; Suzzi, Chiara 1; Jovani Casano, Carmen 2; Prat Ortells, Jordi 3; Tosca Segura, Ricardo 4*

1 Cirugía Pediátrica. Hospital General de Castellón; 2 Gastroenterología Pediátrica. Hospital General de Castellón; 3 Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona); 4 Servicio de Pediatría. Hospital General de Castellón.

### **Objetivos:**

En la atresia intestinal tipo apple-peel (tipo 3b) existen 2 problemas: uno anatómico y otro funcional. El anatómico se debe a la importante diferencia de calibre entre cabos intestinales y a su precaria vascularización y el funcional a la malabsorción de nutrientes por falta de longitud intestinal. Inicialmente se puede realizar una anastomosis, pero estas condiciones deben ser muy favorables. La yeyunostomía es un procedimiento más seguro, que permite rehabilitar el intestino hasta que se pueda realizar la anastomosis. Presentamos un caso de atresia tipo apple-peel tratado mediante yeyunostomía.

### **Material y métodos:**

Paciente de 27 semanas gestacionales con atresia tipo apple-peel. Se realiza una yeyunostomía para rehabilitación intestinal, con objetivo de aumentar progresivamente el calibre intestinal y la adaptación a la absorción de nutrientes.

### **Resultados:**

Tras la intervención se administra nutrición parenteral. Se inicia alimentación trófica por yeyunostomía con suero fisiológico y posteriormente leche elemental aumentando progresivamente de volumen. Tras conseguir una absorción nutricional completa para su peso se realiza tránsito intestinal, constatando un calibre intestinal adecuado. A los 68 días se realiza anastomosis. A los 3 meses de vida es dada de alta con leche hidrolizada y lactancia materna.

### **Conclusiones:**

La anastomosis inicial conlleva una considerable morbilidad. Con una yeyunostomía el riesgo de lesión de la vascularización intestinal es menor y se puede lograr un calibre intestinal adecuado y absorción correcta de nutrientes. Por ello, este procedimiento es más seguro y permite realizar después la anastomosis en mejores condiciones. Es indispensable el abordaje multidisciplinar de estos pacientes (Cirugía Pediátrica, Gastroenterología Pediátrica e Intensivistas Pediátricos).



**ID:** 176 Póster electrónico

## SÍNDROME DE ZINNER DIAGNOSTICADO EN LA EDAD PEDIÁTRICA.

*Ramos García, José Luis; García Asensio, Diana; Fernández Martín, Mónica; Villanueva Mateo, Ángel*

Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

### **Objetivos:**

Presentar un caso de Síndrome de Zinner cuyo diagnóstico se realizó en la edad pediátrica.

### **Material y métodos:**

Paciente varón de 10 meses de edad con diagnóstico prenatal de displasia renal multiquistica izquierda. En el estudio ecográfico postnatal se identifica, además, una imagen quística bien delimitada y avascular entre la vejiga y el recto. La resonancia magnética permitió identificar una dilatación multiquistica de la vesícula seminal izquierda y confirmó la displasia renal multiquistica ipsilateral cuyo remanente ureteral desembocaba de forma ectópica en el conducto eyaculador también dilatado.

### **Resultados:**

El Síndrome de Zinner se caracteriza por la asociación de dilatación quística de la vesícula seminal, agenesia renal unilateral y obstrucción del conducto eyaculador. Se debe a una alteración en el desarrollo embriológico de las estructuras derivadas del conducto mesonéfrico o de Wolff. La obstrucción del conducto eyaculador condiciona la acumulación de secreciones con la consecuente formación de quistes a nivel de la vesícula seminal.

Los pacientes permanecen asintomáticos hasta la segunda ó tercera década de la vida, cuando la distensión de la vesícula seminal se manifiesta como disconfort pélvico, orquiepididimitis e infertilidad

### **Conclusiones:**

El diagnóstico del Síndrome de Zinner es excepcional en la edad pediátrica. Debe tenerse en cuenta en niños que asocien lesiones quísticas pélvicas y anomalías renales ipsilaterales.



**ID:** 178 Póster electrónico

## HERNIA DE AMYAND: DOS FORMAS DIFERENTES DE PRESENTACIÓN

*Ramos García, José Luis; Etxart Lopetegi, Eider; Villanueva Mateo, Ángel*

Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

### **Objetivos:**

Exponer dos casos de Hernia de Amyand que difieren en su presentación y manejo.

### **Material y métodos:**

Caso 1: Paciente varón de 2 años de edad diagnosticado de maldescenso testicular bilateral, acude a urgencias por tumoración inguinal derecha de 24 horas de evolución asociada a llanto e irritabilidad. No vómitos asociados. Exploración física: Tumoración inguinal derecha dolorosa, eritematosa y pétreo. No reductible, asocia hemiescrotos ipsilaterales edematosos con hiperemia e induración. Ecografía abdominal: Importantes cambios inflamatorios en el canal inguinal derecho con abundante vascularización sin conseguir identificarse el testículo derecho.  
Caso 2: Paciente varón de 3 años de edad con maldescenso testicular derecho. Durante la orquidopexia derecha de carácter programado se observa un conducto peritoneo-vaginal permeable que contiene una estructura tubular.

### **Resultados:**

Caso 1: Se indica exploración quirúrgica de urgencia vía inguinal, hallándose inflamación marcada del cordón espermático derecho, proceso peritoneo-vaginal permeable con apéndice flemonoso en su interior y testículo derecho en canal inguinal con adecuada perfusión e importante inflamación de sus cubiertas. Se realiza apendicectomía y herniorrafia inguinal derecha concomitantes.  
Caso 2: Tras comprobar que se trata del apéndice cecal no inflamado, se reduce el contenido a la cavidad abdominal, y se procede a la orquidopexia reglada.

### **Conclusiones:**

La presencia del apéndice cecal inflamado en una hernia inguinal se denomina hernia de Amyand. La apendicectomía y herniorrafia inguinales constituyen el tratamiento quirúrgico de elección. Ante un saco herniario con apéndice no inflamado no existe consenso en cuanto a su manejo, quedando este a criterio del cirujano.



**ID:** 184 Póster electrónico

## MANEJO DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO GIGANTE CON SANGRADO MASIVO SECUNDARIO A TRAUMATISMO ABDOMINAL

*Alonso Arroyo, Verónica 1; Gueye, Doudou 2; Cadaval Gallardo, Carlos 1; Morcillo Azcarate, Juan 1; Fabre, Jean Michel 3; Monnin, Valerie 4; Kalfa, Nicolas 2*

1 Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla); 2 Hospital Lapeyronie (Montpellier- Francia); 3 Hospital Saint Eloi (Montpellier- Francia); 4 Hospital Aranud de Villeneuve. Montpellier. Francia.

### **Objetivos:**

El páncreas es el cuarto órgano sólido que más se afecta en orden de frecuencia en el traumatismo abdominal infantil después del bazo, hígado y riñones. Nuestro objetivo es presentar un caso de pseudoquiste pancreático gigante secundario a traumatismo abdominal con sangrado intraquístico y su posible manejo.

### **Material y métodos:**

Varón de 13 años que ingresa por traumatismo pancreático grado IV con disyunción entre cabeza e istmo. El paciente evoluciona desarrollado un pseudoquiste pancreático de gran tamaño (170x 86x 18 cm) aunque con escasa sintomatología. A las 2 semanas se produce sangrado intraquístico masivo de forma aguda por erosión de la arteria pancreaticoduodenal controlado con tratamiento radiológico intervencionista. Posteriormente presenta un deterioro llamativo del estado general en el contexto de síndrome compartimental abdominal, fuga biliar y peritonitis química.

### **Resultados:**

La embolización radiológica de la arteria gastroduodenal proximal permitió la estabilización hemodinámica. Fue necesaria la evacuación de las colecciones vía laparotómica y colocación de 4 drenajes intraabdominales en las mismas. La pancreatitis y fístula ductal tuvieron una evolución lenta pero favorable.

### **Conclusiones:**

El pseudoquiste es una complicación frecuente en el traumatismo pancreático. El daño ductal es un predictor de fracaso del tratamiento no quirúrgico. La afectación severa de la cabeza pancreática puede manejarse de manera expectante, drenando aquellos pseudoquistes sintomáticos ó > 50 mm. El tratamiento quirúrgico podría indicarse en pseudoquistes recurrentes, múltiples o gigantes (> 200 mm).

El sangrado intraquístico es raro pero potencialmente letal. La TAC/RMN y angiografía selectiva pueden conducir a un mejor manejo.





**ID:** 188 Póster electrónico

**OTRA CAUSA DE ESCROTO AGUDO.**

*López López, Antonia Jesús; Tardáguila Calvo, Ana Rosa; Fernández Jiménez, Inmaculada; De Diego García, Ernesto; Lastra García-Barón, Pedro; Pelaz Esteban, Marta*

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Objetivos:**

La trombosis espontánea del plexo pampiniforme (TPP) es una rara entidad, con pocos casos reportados en la literatura, siendo su etiología desconocida. Cursa con un cuadro de dolor y palpación de tumoración a nivel inguino-escrotal, pudiendo producir necrosis testicular. Su manejo es conservador, consistiendo en reposo, antiinflamatorios y/o anticoagulantes.

**Material y métodos:**

Presentamos el caso de un niño de 11 años con diagnóstico de TPP derecho. Para ello realizamos revisión de su historia clínica y bibliográfica.

**Resultados:**

El paciente acude a Urgencias por dolor testicular derecho de 72 horas de evolución, sin otra clínica asociada ni traumatismo previo. Como antecedente presenta orquidopexia por criptorquidia bilateral a los 2 años de vida. A la exploración destaca asimetría testicular ya conocida, con teste derecho de mayor tamaño y edema escrotal, palpándose en raíz escrotal derecha tumoración dolorosa. Se realiza ecografía, objetivándose TPP parcial derecha, sin afectación testicular. Se realiza estudio de hipercoagulabilidad, que es normal, y el paciente es dado de alta para manejo conservador domiciliario con antiinflamatorios y reposo. Posteriormente es controlado en consultas externas mediante ecografías, presentando buena evolución con desaparición del dolor y resolución completa de la trombosis a los 2 meses.

**Conclusiones:**

La TPP es una patología infrecuente. La ecografía constituye una herramienta de gran utilidad, pero la ausencia de hallazgos específicos y su escasa incidencia hacen difícil su diagnóstico. Por ello, es frecuente llevar a cabo una exploración quirúrgica para descartar otras causas de escroto agudo, como pueden ser la torsión testicular o la hernia incarcerada.



**ID:** 189 Póster electrónico

## SENÓSIDOSA-B COMO TERAPIA DE RESCATE TEMPORAL EN EL ESTREÑIMIENTO COMPLICADO

*Martínez Castaño, Irene; Ruiz Pruneda, Ramón; Sánchez Morote, Juana María; Aranda García, María José; Rojas-Ticono, Javier; Villamil, Vanesa; Sánchez Sánchez, Ángela; Giménez Aleixandre, María Cristina; Ruiz Jiménez, José Ignacio*

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

### **Objetivos:**

El estreñimiento complicado con/sin encopresis que no responde a medidas higiénico-dietéticas o laxantes osmóticos se suele manejar con enemas o medidas agresivas e irreversibles como la esfinterotomía o sigmoidectomía. Los senósidosA-B se pueden usar pero en niños su uso es limitado y controvertido. Son derivados de la Senna (Senna alexandrina o Cassia augustifolia), estimulantes de motilidad colónica. Como efectos secundarios a corto plazo estarían dolor abdominal, diarrea y alteraciones electrolíticas; a largo plazo, melanosis colí y colon catártico. La Cassia augustifolia puede producir hepatotoxicidad. El objetivo es valorar la presencia de efectos secundarios en niños.

### **Material y métodos:**

Revisión retrospectiva de los pacientes en tratamiento con senósidosA-B en nuestro centro. Análisis de edad, patología de base, cantidad, duración, aparición de efectos secundarios y resultados de analítica con enzimas hepáticas.

### **Resultados:**

Se identificaron 13pacientes (7 niños y 6 niñas), edad media 7,75 años (3-15), 4 con patología (3 MAR y 1 Hirschsprung) y 8 estreñimientos crónicos idiopáticos refractarios a tratamiento habitual. La cantidad media fue 70'5 mg/día (30-112), duración media27'16 meses (4-104). Los pacientes presentaron buena evolución, no refirieron episodios de dolor abdominal o diarrea que impidiesen la continuación del tratamiento; 5 actualmente han vuelto al tratamiento con laxantes osmóticos y una se reintervino por ausencia de éxito. La analítica se realizó en 8 a los 28 meses de media (8-97) con resultados bioquímicos y hepáticos normales.

### **Conclusiones:**

Según nuestros resultados, el uso de senósidos es efectivo en el estreñimiento complicado de forma temporal sin repercusión metabólica como opción previa a tratamientos más agresivos e irreversibles.



**ID:** 193 Póster electrónico

**NOLI ME TANGERE. HISTORIA DE UN HEMANGIOMA CONGÉNITO DE DIAGNÓSTICO ANTENATAL. IMPORTANCIA DEL MANEJO MULTIDISCIPLINAR.**

*Suzzi, Chiara 1; Escorihuela, Ana 2; Franco, Ángela 3*

1 Unidad de Cirugía Pediátrica Hospital General Universitario de Castellón; 2 Unidad de Neonatología Hospital General Universitario de Castellón; 3 Servicio de Ginecología Hospital General Universitario de Castellón.

**Objetivos:**

El diagnóstico antenatal de una masa vascular muy voluminosa es un dilema diagnóstico y determina decisiones difíciles para la familia y los ginecólogos. En nuestro centro la reciente implantación del comité multidisciplinar de perinatología permite la puesta en común de estos casos más complejos, el asesoramiento a la familia durante el embarazo, la programación del parto en las mejores condiciones y la puesta en obra de un manejo precoz, adecuado y eficaz.

**Material y métodos:**

Presentamos el caso de una niña actualmente de 7 meses de vida que presentó un diagnóstico ecográfico antenatal de hemangioma gigante del muslo izquierdo. Se completó el diagnóstico con una RMN que confirmó la lesión. El asesoramiento a los padres permitió seguir con el embarazo. Se programó una cesárea para evitar traumatismos en el canal del parto. Durante los primeros días postnatales se estudió la lesión mediante monitor cardiorespiratorio, control seriado de las plaquetas, RMN y biopsia. Sin tratamiento alguno la masa vascular regresó completamente hasta la fecha actual, donde se pueden observar una lipoatrofia y una placa telangiectásica que se podrán tratar cuando la regresión de la lesión se estabilice.

**Resultados:**

Los hemangiomas congénitos se pueden clasificar en hemangiomas no involutivos y rápidamente involutivos. No existe ninguna prueba diagnóstica que pueda distinguir entre estas dos formas. La observación clínica es el instrumento fundamental para el tratamiento más adecuado de estas lesiones.

**Conclusiones:**

Presentamos un caso exitoso de no-tratamiento de un hemangioma gigante de diagnóstico antenatal, que permite resaltar la importancia del trabajo mediante equipos multidisciplinarios.



**ID:** 198 Póster electrónico

## TRATAMIENTO DE ANOMALÍAS VASCULARES DE BAJO FLUJO MEDIANTE ESCLEROSIS CON BLEOMICINA: NUESTRA EXPERIENCIA

*Simal Badiola, Isabel 1; Lorca García, Concepción 2; Lancharro Zapata, Ángel 3;  
De Tomás Palacios, Elena 2; Berenguez Fröhner, Beatriz 2; Marín Molina, Carmen 2*

1 Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón.; 2 Cirugía Plástica Infantil. Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón.; 3 Radiología Infantil. Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

### **Objetivos:**

La alta incidencia de las anomalías vasculares de bajo flujo ha permitido un gran desarrollo en el tratamiento de las mismas. Dentro del arsenal terapéutico, la esclerosis con bleomicina resulta una herramienta efectiva; más aún si se realiza bajo control ecográfico

### **Material y métodos:**

Presentamos los casos de anomalías vasculares de bajo flujo tratados con bleomicina desde enero de 2008 hasta mayo de 2015. Analizamos la edad, el sexo, el tipo de anomalía vascular, la localización, el tratamiento (tipo, número de sesiones, dosis e intervalo entre sesiones) y las complicaciones.

### **Resultados:**

Presentamos 56 pacientes de edades comprendidas entre los 17 días de vida y los 16 años, con mayoría de sexo femenino. Las malformaciones venosas son el tipo de anomalía más frecuente y la localización predominante es la cervico-facial. El tratamiento más usado fue la esclerosis simple con bleomicina controlándose con ecografía en más del 50% de los casos. Fue efectivo en más del 90% de los casos y sólo aparecieron complicaciones (ninguna grave) en el 17% de los casos.

### **Conclusiones:**

La esclerosis con bleomicina ha demostrado ser una buena opción terapéutica en el tratamiento de las anomalías vasculares de bajo flujo; siendo efectiva y con muy pocas complicaciones. Realizándose con control ecográfico, la seguridad y efectividad es mayor. Nuestra experiencia usando este tratamiento, solo o combinado, demuestra que debe ser una opción muy válida para el tratamiento de estas anomalías.



**ID:** 200 Póster electrónico

## TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL REFLUJO VESICoureTERAL EN PACIENTE CON SÍNDROME DE PRUNE-BELLY

*Rico Espiñeira, Clara; Arteaga García, Rafael; Souto Romero, Hénar; Espinoza Vega, Manuel; De Lucio Rodríguez, Marta; Riñón Pastor, Cristina; Rodríguez de Alarcón Gómez, Jorge; Ollero Fresno, Juan Carlos*

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

### **Objetivos:**

Describir nuestra experiencia en el manejo de reflujo vesicoureteral en un paciente con síndrome de prune-belly.

### **Material y métodos:**

Se presenta un paciente de 3 años con síndrome de prune-belly y reflujo vesicoureteral bilateral severo, en tratamiento con profilaxis antibiótica. El paciente presentó tres episodios de pielonefritis. Tras realizar estudio urológico completo y descartarse otras patologías del tracto urinario se decidió tratamiento endoscópico. Se realizó una revisión bibliográfica para manejo del reflujo vesicoureteral en estos pacientes.

### **Resultados:**

Se realizó cistoscopia evidenciando ambos ostios ureterales de gran tamaño e incompetentes. Se realizó inyección submucosa con macropolímero de silicona, siendo necesario repetir la técnica en tres ocasiones por persistencia de reflujo en el lado derecho. Tras la tercera inyección se comprobó la desaparición del reflujo bilateral y se suspendió la profilaxis. Tras cuatro años de seguimiento no ha presentado episodios de infección de tracto urinario y no hay evidencia de reflujo. Tres años después se realizó cistectomía parcial y abdominoplastia, comprobando el buen estado de los ostios ureterales, no siendo necesario el reimplante de los mismos. Este tipo de técnica no se ha descrito previamente para síndrome de prune-belly, prefiriendo el remodelado y reimplante ureteral debido a la anatomía característica del uréter en estos pacientes.

### **Conclusiones:**

El tratamiento endoscópico del reflujo vesicoureteral en pacientes con síndrome de prune-belly es efectivo en casos seleccionados. Es una alternativa mínimamente invasiva para pacientes que van a requerir múltiples intervenciones a lo largo de la vida y que no afecta en caso de necesitar cirugía adicional sobre el tracto urinario.



**ID:** 202 Póster electrónico

## ONICECTOMÍA PARCIAL CON MATRICECTOMÍA QUÍMICA FRENTE MATRICECTOMÍA POR ABRASIÓN MECÁNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA UÑA INCARNATA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

*Leganés Villanueva, Carlos; Ezzeddine Ezzeddine, Mohamad; Aguilera Pujabet, Montserrat; Giné Prades, Carles; Lloret Roca, Josep*

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

### **Objetivos:**

La onicocriptosis o uña incarnata es una patología altamente prevalente en población pediátrica. El abordaje quirúrgico es el tratamiento definitivo en estadios avanzados. Presentamos una comparativa entre dos técnicas, la fenolización y la abrasión mecánica.

### **Material y métodos:**

87 pacientes formaron parte de una cohorte ambispectiva entre 2010 y 2015 con dos grupos de estudio; Grupo A: onicectomía parcial con matricectomía química con fenol (12 pacientes) y grupo B: matricectomía por abrasión mecánica (75 pacientes). Se recogen variables demográficas, quirúrgicas, postoperatorias inmediatas y complicaciones a largo plazo. El análisis se realizó con la prueba Xi cuadrado para comparación de tasas.

### **Resultados:**

En el grupo A o matricectomía química no se describen complicaciones postoperatorias inmediatas. 4 casos (33%) presentaron recidivas ipsilaterales y uno de ellos, una segunda recidiva. En el grupo B o matricectomía mecánica, se describen dos casos (2.6%) de celulitis locales postoperatorias. 7 pacientes (8%) padecieron recidivas ipsilaterales, de los cuales, 3 tuvieron una segunda recidiva. Las diferencias en el índice de recidivas entre el grupo A y B presentan significancia estadística ( $p=0,02$ ).

### **Conclusiones:**

La onicectomía parcial con matricectomía mecánica por abrasión presenta una baja tasa de complicaciones y de recidivas locales en población pediátrica respecto a la fenolización, además de un menor tiempo de cicatrización y de realización de curas locales.



**ID:** 210 Póster electrónico

## TIMO CERVICAL ECTÓPICO EN UN LACTANTE- A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Sousa, Catarina; Coelho, Ana; Marinho, Ana Sofia; Barbosa, Joana; Recaman, Monica; Carvalho, Fátima*

Centro Materno-Infantil do Norte. Oporto. Portugal.

### **Objetivos:**

El objetivo de esta presentación es reportar un caso de timo cervical ectópico con revisión de la literatura, para esta entidad rara infantil.

### **Material y métodos:**

El timo cervical ectópico (TCE) es una causa infrecuente de masa cervical en la edad pediátrica, y por lo general, de difícil diagnóstico preoperatorio. Vestigios de timo ectópico, se pueden encontrar a cualquier nivel de la vía de migración embrionaria del timo, desde el ángulo de la mandíbula hasta el mediastino superior.

### **Resultados:**

Los primeros casos fueron reportados en el siglo 19 y menos de 120 casos han sido publicados en la literatura pediátrica hasta la actualidad. Esta masa cervical se diagnostica erróneamente como quistes branquiales, quiste del conducto tirogloso, higroma quístico o adenopatías, debido a su mayor frecuencia y por tener una manifestación clínica idéntica. La ecografía cervical y la resonancia magnética deben orientarnos en el diagnóstico. La evolución natural del TCE no está clara, porque la mayoría de los casos publicados, son identificados después de su extirpación quirúrgica. En pacientes asintomáticos, es posible el tratamiento conservador.

### **Conclusiones:**

Presentamos un caso de un niño de 2 años de edad, con una masa cervical submandibular derecha, asintomática, detectada a los 2 meses de edad. Después de los estudios de imagen (ecografía y resonancia magnética) el diagnóstico fue TCE y se propuso un enfoque conservador. Durante los 2 años de seguimiento no hubo complicaciones y una regresión del tamaño se ha demostrado a través de exámenes clínicos y radiológicos.



**ID:** 211 Póster electrónico

## HERNIA DE AMYAND: UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE DURANTE LA INFANCIA

*Molnar, Agnes; Granell Suárez, Cristina; Oviedo Gutiérrez, María; Sonia Valero, Amat; Fernández García, Laura; Lara Cárdenas, Diana Carolina; Barnes Marañón, Sarah; Álvarez Muñoz, Víctor*

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

### **Objetivos:**

La hernia de Amyand es una patología infrecuente en la población infantil. Se describe por la presencia de un proceso inflamatorio del apéndice dentro de una hernia inguinal. El diagnóstico es intraoperatorio. Aunque el abordaje puede ser diferente el tratamiento es quirúrgico.

### **Material y métodos:**

Exponemos un caso de hernia de Amyand en un lactante de 5 meses presentando una hernia inguinal derecha incarcerada.

### **Resultados:**

Lactante de 5 meses que acude a urgencias por presentar hernia inguinal derecha incarcerada de 12 horas de evolución que se reduce manualmente con cierta dificultad. Ingresa para observación presentando mala evolución en las horas posteriores con empeoramiento del estado general, signos analíticos de sepsis y una ecografía abdominal en la que se ve un proceso inflamatorio abdominal que se extiende hacia la bolsa escrotal derecha, por lo que se realiza laparoscopia exploradora visualizando un segmento de íleon terminal introducido por el anillo inguinal interno con adherencias a peritoneo y el apéndice inflamado. Se decide continuar con cirugía convencional realizando herniorrafia y apendicectomía.

### **Conclusiones:**

En los niños menores de 1 año la apendicitis aguda es un proceso infrecuente. La asociación con una hernia inguinal incarcerada es un fenómeno raro por lo tanto el diagnóstico diferencial es muy difícil; a menudo, como en nuestro caso, también es intraoperatorio. El tratamiento es quirúrgico, no obstante el abordaje depende de la clínica que presente el paciente así como de las preferencias del cirujano.





**ID:** 221 Póster electrónico

## NIÑA CON TUMORACIÓN INTERCOSTAL: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

*Alcaraz Jiménez, Pedro José; Deltell Colomer, Patricia; Kuan Argüello, María Esmeralda; Albertos Mira-Marcelí, Nuria; Gallego Mellado, Natalia; Bordallo Vázquez, María Fernanda; González Piñera, Jerónimo*

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital General Universitario de Alicante.

### **Objetivos:**

Los lipoblastomas son tumores benignos raros, por lo que pensamos que la presentación de este caso puede tener interés científico. Suelen presentarse como una masa en crecimiento de consistencia suave, no dolorosa. El 80-90 % ocurre en niños siendo más frecuente en menores de 3 años.

### **Material y métodos:**

Lactante de 10 meses con tumoración indolora en región costal inferior derecha de 2-3 meses de evolución que ha ido en aumento. La ecografía abdominal describe tumoración redondeada y límites definidos, que impronta en la superficie hepática. La RMN informa de lesión polibulobulada de 17,8 x 18 mm de componente graso localizada en musculatura intercostal de la 9ª y 10ª costilla, con impronta sobre cápsula hepática. Dados los resultados de los estudios complementarios se decide exéresis de la tumoración para estudio anatomopatológico.

### **Resultados:**

Se realiza exéresis quirúrgica completa y el resultado de la anatomía patológica es de lipoblastoma circunscrito. Descrito como tumor compuesto por lóbulos delimitados por tractos fibrosos, constituidos por adipocitos con áreas mixoides.

### **Conclusiones:**

El lipoblastoma es un tumor poco frecuente pero casi exclusivo de la niñez por lo que tenemos que tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial en las tumoraciones de partes blandas. La citogenética puede ser de ayuda en los casos dudosos de malignidad (liposarcoma). El único tratamiento es quirúrgico y el seguimiento debe ser a largo plazo (5 años) por la posibilidad de recidiva.



**ID:** 223 Póster electrónico

## EVALUACIÓN URODINÁMICA DE PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE INTERVENIDO INTRAÚTERO

*Pérez Bertólez, Sonia; Alonso Arroyo, Verónica; Barrero Candau, Rafael; Fernández Hurtado, Miguel Ángel; Valladares Mendías, Juan Carlos; Rivero Garvia, Mónica; Márquez Rivas, Javier; García Merino, Francisco*

Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

### **Objetivos:**

Analizar los estudios urodinámicos realizados en pacientes con mielomeningocele sometidos a cirugía fetal abierta en nuestro centro hospitalario.

### **Material y métodos:**

Estudios urodinámicos de cuatro pacientes con mielomeningocele sometidos a cirugía fetal abierta en nuestro centro hospitalario. Los estudios han sido realizados con el equipo MMS/UD 2000, con registro de presiones (mediante cámaras de presión externas y catéteres de vías) y registro electromiográfico. El llenado de la vejiga se realizó con agua estéril y apirógena a 15 ml/min. No fue necesaria la sedación de los pacientes. Se realizó profilaxis antibiótica y todos recibieron un enema de limpieza el día previo.

### **Resultados:**

Durante los años 2007 a 2013 se han realizado cinco cierres de mielomeningocele intraútero. Uno de ellos terminó en aborto por un accidente de tráfico. Los 4 restantes nacieron con 33 o 34 semanas. 3 casos con hidrocefalia (2 precisaron ventriculostomía y 1 válvula ventrículo-peritoneal). 2 se intervinieron por médula anclada. Ninguno tuvo reflujo vésico-ureteral. En 2 casos se evidenció dilatación del tracto urinario superior. Un caso presentó infecciones de repetición, por lo que se instauró quimioprofilaxis. 3 pacientes están con sondaje intermitente y oxibutinina. Los hallazgos urodinámicos en estos 4 pacientes restantes incluyen: 1 contracciones no inhibidas del detrusor, 3 vejiga hiperrefléxica, 1 adecuada capacidad y acomodación vesicales, 3 disminución de la capacidad y de la acomodación, 2 hipotonía y 2 hipertonia esfinteriana.

### **Conclusiones:**

Los resultados de los estudios urodinámicos en estos pacientes son comparables a aquellos obtenidos en pacientes intervenidos tras el nacimiento, mostrando hallazgos compatibles con vejiga neurógena.



**ID:** 225 Póster electrónico

**AORTOPEXIA: TRATAMIENTO DE LA MALACIA Y DE LA COMPRESIÓN TRAQUEAL VASCULAR.**

*Rodríguez Iglesias, Patricia; Domènech Tàrrega, Anna; Rodríguez Caraballo, Lucía; Fonseca Martín, Rosa; Barrios Fontoba, José Enrique; Gutiérrez San Román, Carlos*

Hospital Universitari i Politècnic la Fe. Valencia.

**Objetivos:**

Describir nuestra experiencia en pacientes intervenidos de aortopexia: indicación quirúrgica, complicaciones y seguimiento a medio plazo

**Material y métodos:**

Estudio retrospectivo de pacientes operados de aortopexia entre los años 2013 y 2015. Se realizó una encuesta a los padres valorando la mejoría de la sintomatología.

**Resultados:**

Se revisaron 10 pacientes, 8 varones (89%). La edad media fue de 6.8 meses con un rango entre 2 y 12 meses. Los pacientes se dividieron en dos grupos. Grupo A (n=6; compresión traqueal extrínseca por estructura vascular): todos debutaron con estridor. Grupo B (n=4; ausencia de compresión traqueal): dos pacientes presentaron insuficiencia respiratoria y dos estridor. En todos se realizó una fibrobroncoscopia como primera prueba diagnóstica, apreciándose en 6 de ellos compresión vascular que posteriormente se confirmó con la TC. En el resto se objetivó traqueomalacia severa. Se realizó una aortopexia mediante minitoracotomía anterior. No hubo complicaciones postoperatorias. Ningún paciente presentó parálisis frénica. Se produjo un éxitus por insuficiencia respiratoria crónica. El resto de pacientes 9 (90%), se encuentran asintomáticos tras un período de seguimiento con un rango de 2- 22 meses. En los pacientes (n=4) que se realizó fibrobroncoscopia de control se observó ausencia de colapso traqueal. En la encuesta realizada a los padres, todos expresaron gran mejoría con resolución de la sintomatología.

**Conclusiones:**

El estridor y la tos en lactantes pueden manifestar patologías amenazantes para la vida. La fibrobroncoscopia es la prueba de elección para el estudio etiológico (traqueomalacia y compresión vascular) y la aortopexia es una técnica segura y eficaz en el tratamiento.



**ID:** 227 Póster electrónico

## TUMORES SÓLIDOS OVÁRICOS EN LA INFANCIA. NUESTRA EXPERIENCIA.

*Siu Uribe, Ariadna; Murcia Pascual, Francisco Javier; Vázquez Rueda, Fernando; Cárdenas Elías, Miguel Ángel; Escassi Gil, Álvaro; Ortega Salas, Rosa; Paredes Esteban, Rosa María*

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

### **Objetivos:**

Los tumores ováricos son raros en la infancia, representando del 1 al 5% de los tumores sólidos en la edad pediátrica. El tipo histológico más frecuente son los tumores derivados de células germinales a diferencia de la edad adulta donde predominan los tumores epiteliales.

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo de los tumores ováricos tratados en nuestro centro en los últimos 20 años. Se analizan edad, lateralidad, presentación clínica, pruebas complementarias, tipo histológico, tratamiento y evolución.

### **Resultados:**

Se revisan 32 casos de tumores ováricos en 26 pacientes (6 tumores bilaterales). Edad media de 10,3 años (0-14 años). El 50% (16) debutaron como masa palpable, el 28,1% (9) en forma de abdomen agudo, y el 21,9% (7) fueron hallazgos casuales. No existe predominio de lateralidad y marcadores tumorales negativos en la totalidad. Se practica cirugía conservadora en el 28% (9) de los casos y anexectomía en el 72% (23) restante. Sólo un caso precisó tratamiento adyuvante postoperatorio. (teratoma inmaduro estadio I con gliomatosis peritoneal). El estudio histológico demuestra un predominio de tumores de células germinales (53,1%), frente a los de estirpe epitelial (31,2%), destacan 3 tumores estromales que corresponden a fibromas y un gonadoblastoma bilateral asociado a síndrome de Frasier. La evolución ha sido favorable en la totalidad de los pacientes.

### **Conclusiones:**

La cirugía conservadora debe ser la primera opción terapéutica ante un tumor ovárico en la infancia, dada la alta incidencia de benignidad en estos pacientes, con todavía más relevancia en los tumores bilaterales.



**ID:** 230 Póster electrónico

## DIAGNÓSTICO DE UNA DIABETES INSÍPIDA TRAS UNA PERFORACIÓN GÁSTRICA Y UNA PANCREATITIS AGUDA

*Moratalla Jareño, Tania; Argumosa Salazar, Yrene; Marijuán Sahuquillo, Verónica; Ramírez Piqueras, María; Hernández Anselmi, Esperanza; Fernández Córdoba, María Soledad; Balmaseda Serrano, Elena; Ruiz Cano, Rafael*

Complejo Hospitalario Universitario Albacete.

### **Objetivos:**

La diabetes insípida (DI) presenta poliuria, polidipsia y malnutrición por rechazo alimentario debido a la ingesta hídrica. En casos con déficit parcial de ADH, el diagnóstico podría identificarse tras la instauración de complicaciones. Presentamos un caso de DI diagnosticada tras presentar una perforación gástrica y pancreatitis aguda.

### **Material y métodos:**

Paciente de 9 años visto por vómitos y dolor abdominal durante 24 horas. En la exploración destacó gran deshidratación y distensión abdominal dolorosa. Como antecedentes, seguía controles por potomanía y bajo peso. (Test de restricción hídrica a los 18 meses normal). Las imágenes radiológicas objetivó una gran dilatación gástrica y neumoperitoneo. La analítica desveló acidosis metabólica e insuficiencia prerrenal.

### **Resultados:**

Se intervino quirúrgicamente observando dilatación gástrica con un parche necrótico y perforado que se reparó. Tras iniciar alimentación, se deterioró bruscamente objetivando en imágenes una pancreatitis necrohemorrágica, que precisó drenaje quirúrgico. Posteriormente, mejoró, pero persistían oscilaciones hidroeléctricas y poliuria a pesar del control de líquidos. Los iones y osmolaridad plasmática y urinaria fueron compatibles con DI parcial. La resonancia mostró una neurohipófisis hipoplásica. Se trató con Desmopresina mejorando clínica e hidroeléctricamente. Actualmente, el paciente ha regulado su ingesta hídrica y ha ganado peso.

### **Conclusiones:**

Es conocida la dilatación y perforación gástrica en pacientes con trastornos de alimentación. También existen casos de pancreatitis aguda debido a la dilatación gástrica durante la realimentación en estos pacientes.

La DI debería incluirse en las etiologías de la dilatación gástrica y pancreatitis. La polidipsia y malnutrición en la DI, puede provocar las mismas complicaciones que en pacientes con desórdenes alimentarios.



**ID:** 232 Póster electrónico

## COLEDOCOLITIASIS NEONATAL. MANEJO CONSERVADOR

*Espinoza Vega, Manuel; Dejuán Bitriá, Ester; Manso Cuevas, María Araceli; Cano Fernández, Julia; Arévalo Cenzual, Alicia; Luis Huertas, Ana L; Ollero Fresno, Juan Carlos*

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

### **Objetivos:**

Actualmente ha habido un incremento de la incidencia de litiasis biliar en la edad pediátrica debido a la mayor utilización de la ecografía. Sin embargo la patología colestásica de causa litiásica es excepcional en los neonatos, siendo su manejo controvertido por el escaso número de casos reportados.

### **Material y métodos:**

Presentamos el caso de un neonato de 20 días con vómitos proyectivos e irritabilidad de 24 horas de evolución. La ecografía abdominal objetivó una dilatación de la vía biliar intrahepática y extrahepática con un colédoco de 8 mm y la presencia de múltiples litiasis en vesícula biliar. En la analítica sanguínea se observó un patrón de colestasis (Brr total 7,6 mg/dl, Brr directa 2,3 mg/dl, GGT 744 U/L, FA 256 U/L, GOT 72 U/L, GPT 71 U/L). Ante la sospecha de coledocolitiasis se decidió manejo conservador mediante ingreso con sueroterapia, y ácido ursodesoxicólico a 15 mg/kg/día.

### **Resultados:**

Resolución de la clínica a las 12 horas, desaparición de la dilatación de la vía biliar a las 48 horas y disminución progresiva del patrón analítico de colestasis, normalizándose la Brr a los tres días de su estancia y la GGT a los 2 meses del seguimiento. Se realizaron controles ecográficos mensuales, objetivándose la desaparición de las litiasis biliares al cuarto mes.

### **Conclusiones:**

El manejo conservador constituye una opción segura y efectiva en el tratamiento de la litiasis biliar y sus posibles complicaciones en la población neonatal. La posibilidad de resolución espontánea de la litiasis biliar en la edad pediátrica sugiere la necesidad de un tratamiento individualizado.



**ID:** 240 Póster electrónico

**CON EL EQUIPO ADECUADO SE CONSIGUE UN BUEN RESULTADO: PERITONITIS MECONIAL INESPERADA.**

*Fernández Atuan, Rafael 1; Slater, Bethany 2; Rothenberg, Steven 3*

1 Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza Servicio de Cirugía Pediátrica ; 2 Rocky Mountain Hospital for Children, Denver Colorado ; 3 Rocky Mountain Hospital for Children, Denver Colorado. USA

**Objetivos:**

Presentar el video de un paciente de bajo peso con diagnóstico prenatal de posible atresia duodenal, en el que abordaje laparoscópico evidenció una peritonitis meconial con una atresia intestinal.

**Material y métodos:**

Neonata de 1 día de vida, 1900grms de peso, pre-término, producto de embarazo controlado, con diagnóstico prenatal de atresia duodenal, se decide intervención quirúrgica por distensión abdominal y empeoramiento de estado general para la corrección de su supuesta atresia duodenal.

**Resultados:**

Presentamos video de la exploración laparoscópica con un trocar umbilical con óptica de 4mm y 30grados y 2 puertos de trabajo, de 3mm y de 5mm en flancos derecho e izquierdo respectivamente. Se evidencia atresia intestinal, con una perforación cubierta y peritonitis meconial. Se realiza despegamiento de adherencias con un nuevo sellador de 3mm y resección del intestino afectado con una grapadora de 5mm de diseño reciente. Exteriorización del asa proximal y formación de estoma. Paciente con mejoría clínica, estoma funcional y aumento de peso pendiente de reconstrucción.

**Conclusiones:**

Es posible el manejo de patología neonatal compleja de urgencia en manos expertas aun en casos de patología inesperada. El empleo de material neonatal específico facilita una favorable resolución.



**ID:** 247 Póster electrónico

## LIPOMA INTRAPLEURAL GIGANTE DE DIAGNÓSTICO CASUAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Álvarez García, Natalia; Escartín Villacampa, Ricardo; Fernández Atuán, Rafael; González Ruiz, Yurema; González Esgueda, Ainara; Siles Hinojosa, Alexander; Elías Pollina, Juan*

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

### **Objetivos:**

Los lipomas mediastínicos son tumores benignos constituidos por células adiposas maduras que se desarrollan en la cavidad torácica. Pueden derivar del tejido adiposo del árbol traqueobronquial, del parénquima pulmonar periférico, la pleura parietal, del mediastino o del corazón. Generalmente se trata de lesiones asintomáticas cuyo hallazgo se produce en un estudio radiológico por otro motivo. Nuestro objetivo es presentar esta entidad al como diagnóstico diferencial de las masas torácicas en el niño, a propósito de un caso

### **Material y métodos:**

Niña de 2 años de edad remitida por hallazgo casual en un estudio radiológico de fiebre sin foco de una masa torácica que ocupa la práctica totalidad del hemitórax derecho, de 10cm de diámetro, de aspecto sólido, homogéneo, que desplaza el parénquima pulmonar. La paciente se muestra asintomática. En la auscultación destaca marcada hipoventilación del hemitorax izquierdo. Se solicita RMN torácica: masa hiperintensa de 73.5 x 56.5 x 93mm con finas tabicaciones hipointensas en su interior, muy bien delimitada y que se localiza en mediastino anterior y medio.

### **Resultados:**

Ante la sospecha de lipoma mediastínico se interviene quirúrgicamente encontrándose una tumoración de consistencia blanda, homogénea, y de aspecto lipomatoso, dependiente de pleura visceral que se extirpa de forma íntegra. La paciente es dada de alta al 4º día postoperatorio, permaneciendo asintomática hasta el momento actual.

### **Conclusiones:**

El lipoma gigante pleural es un tumor benigno, generalmente de diagnóstico casual. El diagnóstico diferencial debe realizarse con el lipoblastoma, el linfoma, teratoma o tumor germinal, así como el neuroblastoma mediastínico. La extirpación completa es curativa.





**ID:** 248 Póster electrónico

## ENFISEMA LOBAR CONGÉNITO ASOCIADO A SIGNOS HISTOLÓGICOS DE INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS

*Marmolejo Franco, Fernando Adrián 1; de la Torre Díaz, Estrella 1; Fernández Hurtado, Miguel Ángel 1; Matute de Cárdenas, José Antonio 1; López Irizo, Rosa María 2; Gómez Izquierdo, Lourdes 2*

1 UGC Cirugía pediátrica Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2 UGC Anatomía patológica Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

### **Objetivos:**

El enfisema lobar congénito (ELC) es una entidad anatomoclínica, caracterizada por hiperinsuflación y atrapamiento aéreo en el lóbulo afectado. Su etiología es desconocida aunque hasta en el 50% de los casos se relaciona con una obstrucción bronquial extrínseca o intrínseca. La infección pulmonar perinatal por citomegalovirus (CMV) suele causar neumonitis difusa, pero se han reportado algunos casos que la relacionan con los cambios característicos del ELC.

### **Material y métodos:**

Presentamos el caso de un niño con enfisema lobar congénito y signos histológicos de infección pulmonar por CMV.

### **Resultados:**

Niño de 23 meses con diagnóstico prenatal de enfisema lobar congénito, asintomático. Los estudios de imagen realizados (RMN en período neonatal y TC a los 11 meses de vida) mostraron hiperinsuflación del lóbulo superior izquierdo sin afectación de la llingula. Se realizó toracotomía posterolateral y resección segmentaria con preservación de la llingula. En la primera revisión postoperatoria presentó una fuga aérea (con neumotórax no a tensión) manejada mediante drenaje torácico. Se recuperó sin complicaciones y actualmente se encuentra en período de vigilancia. El examen histopatológico de los segmentos pulmonares resecados reveló cambios citopáticos por CMV.

### **Conclusiones:**

La neumonitis debido a la infección perinatal por CMV, con la inflamación y obstrucción subsecuente del árbol bronquial, podría ser un factor causal en el desarrollo de los cambios quísticos observados en el ELC. Existen muy pocos casos reportados en los que se han asociado estas dos entidades, pero deberíamos incluir la infección por CMV en el diagnóstico diferencial de los quistes pulmonares y el ELC.



**ID:** 251 Póster electrónico

## ANÁLISIS BIOQUÍMICO Y HEMATOLÓGICO EN LAS ENTEROCOLITIS NECROTIZANTES

*Villamil, Vanesa; Fernández Ibieta, María; Aranda García, María Josefa; Ruiz Pruneda, Ramón; Sánchez Morote, Juana; Martínez Castaño, Irene; Rojas-Ticono, Javier; Sánchez Sánchez, Ángela; Giménez Aleixandre, María Cristina; Ruiz Jiménez, José Ignacio*

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

### **Objetivos:**

El deterioro metabólico es una de las indicaciones relativas de cirugía en las enterocolitis necrotizantes (NEC).

Hemos correlacionado 4 parámetros bioquímicos y hematológicos con los hallazgos quirúrgicos y la evolución en un grupo de NECs quirúrgicas.

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo de un grupo de NECs intervenidas quirúrgicamente en un período de 10 años (2006-2016). Relacionamos la cifra de plaquetas, el pH, la protrombina sérica y Proteína C Reactiva (PCR) con los hallazgos quirúrgicos (NEC totalis/longitud intestinal reseca) y con la evolución postoperatoria, ajustado por peso. Análisis estadístico con paquete SPSS 23.0.

### **Resultados:**

Se incluyeron 53 neonatos, con peso medio de 1229 gr. y una mediana de edad gestacional de 28+6 semanas. El 51% eran recién nacidos de muy bajo peso (<1000gr), y prematuros extremos (<28 semanas) el 39%. En 7 neonatos (13%) se realizó drenaje peritoneal. La tasa de mortalidad total fue de 44%. De los 4 parámetros, la PCR fue la más sensible como factor de riesgo para NEC totalis (media de PCR en grupo de NEC totalis 16,7 frente a 9,3 mg/L; p=0,018; área bajo la curva ROC = 0,7). El pH (7,21 vs. 7,14; p=0,024) y la trombopenia (152.000 vs. 75.000; p=0,023) preoperatorios se asociaron de manera significativa a la mortalidad.

### **Conclusiones:**

En nuestra serie hemos objetivado que, si bien los cuatro parámetros descritos (trombopenia, acidosis, hipoprotrombinemia y aumento de PCR) son indicadores de deterioro metabólico, sólo el aumento de PCR se asoció a extensión de la enterocolitis. Los parámetros asociados significativamente con la mortalidad fueron la acidosis y la trombopenia.



**ID:** 255 Póster electrónico

## APLICACIÓN DE LA INCISIÓN TIPO TRAP-DOOR EN PACIENTE PEDIÁTRICO

*Solaetxe Prieto, Nagore; Tuduri Limousin, Iñigo; Alvarez Martínez, Luana; López Almaraz, Ricardo; Hamzeh, Gadah; Astigarraga Aguirre, Itziar; Azpeitia Palomo, Asunción*

HU Cruces. Bilbao.

### **Objetivos:**

Presentación de una vía de acceso torácico infrecuente pero de gran utilidad en casos seleccionados.

### **Material y métodos:**

Presentación de caso clínico e iconografía.

### **Resultados:**

Niño de 12 años, síndrome de Klinefelter, que debuta con insuficiencia respiratoria. Realizado TAC, objetivándose gran tumor sólido-quístico con calcificaciones ocupando la mayor parte de hemitórax izquierdo, de 146x112x206 mm, produciendo efecto masa sobre parénquima pulmonar ipsilateral y estructuras mediastínicas con desviación de 18 mm del eje traqueal. Ausencia de plano de clivaje con cayado aórtico, pared lateral izquierda de arteria pulmonar, rama pulmonar izquierda y borde cardíaco izquierdo. Compatible con tumor mediastínico maligno de células germinales.

Alfa fetoproteína elevada, no biopsiado. Tras nula respuesta a quimioterapia, se indica exéresis quirúrgica. Dadas las dimensiones se decide realizar incisión tipo trap-door de la unión cervico-torácica modificada para preservar la musculatura e inervación cervical, que permite la exposición de estructuras vasculo-nerviosas mediastínicas, conllevando una mejor identificación, movilización y disección de las estructuras regionales.

### **Conclusiones:**

La incisión trapdoor garantiza un campo quirúrgico correctamente expuesto, con adecuada visión, especialmente del desfiladero torácico superior, lo que aporta seguridad en el manejo de los vasos infraclaviculares.

Queremos resaltar las ventajas de dicha vía de acceso dada la baja incidencia de casos similares en edad pediátrica y la conveniencia de su conocimiento.



**ID:** 259 Póster electrónico

**CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS EOSINOFÍLICAS EN PACIENTE CON ESCLEROSIS TUBEROSA: LO QUE LOS ANGIOMIOLIPOMAS MÚLTIPLES ESCONDEN.**

*Alvarez Garcia, Natalia; Delgado Alvira, Reyes; Rihuete Heras, Miguel Ángel; Justa Roldan, Marisa; Gracia Romero, Jesús*

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos:** Presentar la complejidad del diagnóstico diferencial de los tumores renales en pacientes con esclerosis tuberosa mediante la presentación de un caso clínico.

**Material y métodos:**

Niña de 4 años afecta de esclerosis tuberosa, mutación gen TSC2+. Presenta angiomiolipomas múltiples, SAGEs, Rabdomioma cardíaco, hamartomas no renales y angiofibromas cutáneos. En controles ecográficos se observa aparición de lesión sólida de 35.6x32.8 en riñón derecho y múltiples angiomiolipomas conocidos. Ante sospecha de angiomiolipoma epiteliode se realiza biopsia: neoplasia de células eosinófilas negativas para HMB45, MelanA, Vimentina, Actina, Sinaptofisina, c-KIT. El estudio inmunohistoquímico orienta el diagnóstico hacia carcinoma de células renales u oncocitoma. se interviene con objetivo de realizar cirugía de preservación (sparing technique)

**Resultados:**

Se realiza exéresis de tumor en tercio medio de riñón derecho muy vascularizado y adherido al parénquima. El estudio AP muestra carcinoma renal de células claras.

**Conclusiones:**

A pesar de que el angiomiolipoma es la lesión más frecuente, los niños con la mutación TSC2+ tienen mayor probabilidad de desarrollar tumores malignos. Conocer las diversas neoplasias que pueden aparecer y sus perfiles inmunohistoquímicos permite diseñar un planteamiento quirúrgico y tener en cuenta la necesidad de preservar la corteza renal a pesar de tratarse de tumores malignos por la posibilidad de aparición de nuevas lesiones bilaterales.



**ID:** 261 Póster electrónico

## FUNCIÓN RENAL POSTERIOR A LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LA ESTENOSIS PIELOURETERAL, RESULTADOS PREELIMINARES

*Carrillo Arroyo, Isabel; Cabezalí Barbacho, Daniel; Gómez Fraile, Andrés; López Vázquez, Francisco; Tordable Ojeda, Cristina*

Hospital 12 de octubre. Madrid.

**Objetivos:** Evaluar los resultados funcionales y anatómicos de los pacientes intervenidos de estenosis de la unión pieloureteral (EPU) mediante pieloplastia.

### **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo de las pieloplastias desmembradas según técnica de Anderson-Hynes entre los años 2012-2014. Diagnóstico mediante ecografía y renograma diurético con MAG-3 y control a los 6 meses tras intervención. Periodo de seguimiento medio fue 14,2 meses (6-39 meses). Análisis parámetros pre y postoperatorios: función renal, diámetro anteroposterior de pelvis, grado hidronefrosis, infecciones, complicaciones

### **Resultados:**

Incluimos un total de 56 pacientes intervenidos de pieloplastia de edades entre 2 meses y 11 años. Se realizaron 29 pieloplastias abiertas (51,7%) y 27 laparoscópicas (48,3%). La función renal preoperatoria estaba disminuida ( $< 45\%$ ) en 21 pacientes (37,5%). La función renal media preoperatoria fue 37,37% y postoperatoria 40,89%. El diámetro medio de la pelvis prequirúrgico fue 24,02 mm y postquirúrgico 13,56 mm ( $p < 0,001$ ). La hidronefrosis previa a la cirugía de grado IV = 34 (60,8%). Posterior a la intervención ( $p < 0,05$ ): no hidronefrosis = 12 (21,4%) y grado IV = 14 (25%). Se produjeron 13 infecciones (23,2%), pero presentaron mejoría de la función renal diferencial y del diámetro pelvis similar al resto. Se produjeron 5 complicaciones (8,9%): 2 urinomas, 1 evisceración de epiplon, 1 hematoma perirrenal y 1 migración de catéter.

### **Conclusiones:**

En los pacientes intervenidos de EPU hay una mejoría significativa del tamaño de la pelvis y del grado de hidronefrosis. La función renal diferencial no muestra grandes cambios posteriores a la intervención. Las infecciones postoperatorias si reciben tratamiento adecuado no afectarán el resultado final de la pieloplastia.



**ID:** 265 Póster electrónico

## GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA ENDOSCÓPICA Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

*Cabarcas Maciá, Laura; Vivas Colmenares, Grecia Victoria; Roldán Pérez, Sebastián; Morcillo Azcárate, Juan; Moya Jiménez, María José*

Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos:** Describir las indicaciones, comorbilidades y complicaciones de pacientes portadores de gastrostomía en nuestro centro.

### **Material y métodos:**

Estudio transversal descriptivo de pacientes sometidos a gastrostomía percutánea endoscópica (PEG) entre Enero de 2005 y Diciembre 2015 en un hospital infantil de atención terciaria. Recolección de datos procedentes de historias clínicas hospitalarias y análisis estadístico mediante el programa spss23.

### **Resultados:**

Resultados: Durante un período de 10 años se llevaron a cabo 148 PEG, 58,1% hombres y 42,9% mujeres. La mayoría de ellos fueron lactantes (51,1%), con una mediana de edad en toda la serie de 2 años (0 a 18 años). La indicación más frecuente fue por desnutrición (89,2%), seguida de trastorno de la deglución (45,3%). La comorbilidad más frecuentemente encontrada fue enfermedad neurológica (54%), y en ellos fue más frecuente la realización de pHmetría e impedanciometría previa al estudio con odds ratio de prevalencia 2,99 ( $p=0,04$ ). La incidencia de síntomas de reflujo gastroesofágico tras PEG fue de 18,9% a destacar 16,2% de reintervenciones por reflujo. Con una mediana de seguimiento meses hubo 19,6% de los cuales 48% asociaban exacerbación de síntomas respiratorios como causa de muerte, OR de prevalencia de 3,3 ( $p=0,004$ ).

### **Conclusiones:**

La mayoría de pacientes que requieren una PEG son de alto riesgo debido a sus comorbilidades y la asociación a reflujo gastroesofágico. Es muy importante evaluar el riesgo de RGE tras gastrostomía para evitar síntomas indirectos como son las broncoaspiraciones que pueden causar la muerte de estos pacientes.



**ID:** 268 Póster electrónico

## EFFECTIVIDAD DEL REIMPLANTE URETERAL VS TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN EL MANEJO DEL RVU

*Lara Cárdenas, Diana Carolina; Barnes Marañón, Sarah; Gómez Farpón, Ángela; Fernández García, Laura; Oviedo Gutiérrez, María; Granell Suárez, Cristina*

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

**Objetivos:** El reflujo vesicoureteral es la patología urológica de mayor incidencia en la edad pediátrica siendo diagnosticada en 30-45% de pacientes con ITU recurrentes. La necesidad de tratamiento de la misma radica en la prevención de ITU y conservación de la función renal. Teniendo como alternativas el manejo conservador (profilaxis antibiótica y controles de función renal tanto pruebas analíticas como de imagen) y tratamiento quirúrgico (endoscópico y reimplante ureteral). Esta revisión tiene como objetivo revisar los resultados obtenidos en los pacientes tratados quirúrgicamente con reflujo vesicoureteral de alto grado.

### **Material y métodos:**

Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes pediátricos menores de 14 años con RVU de moderado (III) y alto grado (IV y V) intervenidos en nuestro hospital mediante reimplante vésico-ureteral intravesical tipo Cohen o tratamiento endoscópico desde junio de 2010 hasta junio del 2015. Se analizaron los aspectos quirúrgicos y postoperatorios a corto y largo plazo.

### **Resultados:**

En las fechas seleccionadas se intervinieron 25 pacientes todos ellos recibieron tratamiento endoscópico de primera elección dejando el reimplante vesicoureteral para los casos en la que hubo recidiva tras tratamiento endoscópico. El 28 % de los paciente presentaron recidiva en la CUMS a los 3 meses Todos ellos presentando Infecciones del tracto urinario febriles con cultivos positivos. Los resultados se recogen en el siguiente gráfico:

### **Conclusiones:**

El tratamiento endoscópico antireflujo vesicoureteral de primera elección fue efectivo en 72% quedando la cirugía de reimplante ureteral tipo Cohen en nuestro caso en 1 paciente con recidiva a tratamientos endoscópicos.



**ID:** 271 Póster electrónico

## ¿NEUMOTÓRAX RESIDUAL TRAS LOBECTOMÍA PULMONAR? PACIENCIA

*López, M; Cano, I; Tordable, C; Tejedor, R; Aneiros, B; Benavent, MI; Gómez, A*

Servicio de Cirugía Pediátrica. HU 12 de Octubre. Madrid

**Objetivos:** La obtención de buenos resultados tras la lobectomía pulmonar se miden mediante la ausencia de soporte ventilatorio y la correcta expansión pulmonar, sin fuga aérea, ni derrame, aunque en ocasiones la expansión pulmonar no se consigue hasta varias horas o días posteriores a la cirugía. Presentamos un caso de neumotórax residual sin fuga, mostrando su evolución

### **Material y métodos:**

Paciente de 8 meses con diagnóstico intraútero de malformación pulmonar izquierda. El paciente se mantiene asintomático. Se realizó TC con 7 meses observando un área quística en parénquima pulmonar en LSI.

### **Resultados:**

Se intervino al paciente con 8 meses de vida realizando una lobectomía toracoscópica del LSI. Se pinzó el drenaje pleural a los 4 días mostrando el paciente un gran enfisema subcutáneo, neumotórax izquierdo, sin presentar fuga aérea por lo que se conectó de nuevo a aspiración. A los 7 días se colocó un drenaje anterior por el que tampoco se evidenció fuga; no se consiguió la reexpansión completa. Catorce días tras la lobectomía realizamos una broncoscopia cuya exploración fue normal, por lo que se pinzó el tubo y se retiró sin incidencias dando de alta al paciente asintomático y con neumotórax residual. Acudió a la consulta a los 12 y 54 días tras el alta, con Rx de control con expansión completa en la última visita.

### **Conclusiones:**

En el neumotórax residual tras lobectomía se debe de tener en mente la fistula broncopleurales o alveolar, pero en ocasiones una vez descartado esto el pulmón puede requerir tiempo para la expansión completa sin mayores acciones terapéuticas.