

40 aniversario

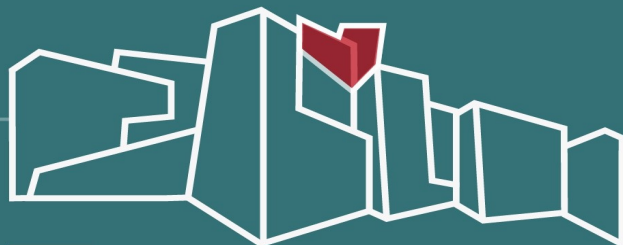
40 AÑOS
AVANZANDO
JUNTOS

1976 - 2016



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Reina Sofía



XI REUNIÓN

ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS PEDIÁTRICOS DE ANDALUCÍA

CÓRDOBA

4^y 5 noviembre 2016



ACPA

ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS
PEDIÁTRICOS DE ANDALUCÍA

www.acpa-andalucia.com



Organiza

UGC de Cirugía Pediátrica. Hospital Reina Sofía Córdoba

Comité organizador:

Rosa María Paredes Esteban

Álvaro Escassi Gil

Fernando Vázquez Rueda

José Ignacio Garrido Pérez

Verónica Vargas Cruz

Victoria Jiménez Crespo

Lourdes Delgado Cotán

Lucía Castillo Fernández

Francisco Javier Murcia Pascual

Josué Betancourth Alvarenga (Residente 5º año)

Miguel Ángel Cárdenas Elías (Residente 4º año)

Ariadna Siu Uribe (Residente 3º año)

SharmilaDeviRamnarine Sánchez (Residente 2º año)

Rosa Ibarra Rodríguez (Residente 1º año)

Lugar de celebración:

Hospital Universitario Reina Sofía

Edificio de Consultas externas

Nivel -1. Aula 7 (junto al Salón de Actos)

Viernes 4 de noviembre de 2016

MESA DE COMUNICACIONES 1

“Cirugía Oncología y Cirugía Hepatobiliar”

Moderadores: Carolina Marañés Gálvez y Fernando Vázquez Rueda.

1. ECG INTRACAVITARIO. MÉTODO DE COMPROBACIÓN DE POSICIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL.

Autores: Tejerina López, Rodrigo; Palomares Garzón, Cristina; Jurado Tabares, María; MartínezVillamandos, Alfonso; Parrado Villodres, Rafael; García Ceballos; Ana.

UGC Cirugía Pediátrica. HRU Málaga. Comunicación de 3 minutos.

INTRODUCCION: La posición de la punta de un catéter intravascular central se relaciona con una serie de complicaciones, tanto por exceso de progresión (arritmias, daño valvular) como por defecto (perforación vascular, dificultad para la extracción de sangre o fibrosis).

La posición ideal recomendada se encuentra en el tercio inferior de la VCS o la unión cavoatrial.

Actualmente la técnica más extendida, y considerada como gold standard para posicionar la punta de los catéteres intravasculares, es la radiografía torácica, tomando como referencia la carina.

Esta técnica implica una serie de inconvenientes entre los que destaca la radiación a la que se somete al paciente y las dificultades para localizar las referencias anatómicas.

Como alternativa, presentamos la ECG intracavitaria.

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer nuestros resultados.

MÉTODO: Consiste en la utilización del propio catéter como transductor, reflejando en el ECG la posición de su punta.

Observar los cambios, tanto de amplitud como de polarización, que se producen en la onda P del EKG en relación de la punta del catéter y el nodo sinusal y con esta información determinar la posición del mismo.

Las principales ventajas son evitar el uso de escopia durante el acto quirúrgico, uso en todos los tipos de accesos venosos centrales (PICC, RESERVORIOS, HICKMAN) y el control postquirúrgico.

Como desventajas, es operador dependiente y no está indicado su uso en pacientes con trastornos del ritmo.

RESULTADOS: Se han publicado diversos artículos que presentan un elevado número de aciertos en la posición estimada del catéter frente a la escopai intraoperatoria.

Estos, indican una tasa de coincidencia cercana al 100%. Nuestra tasa de coincidencia es cercana al 90% siendo condicionada por la limitada experiencia debido a la incorporación reciente en nuestro servicio.

2. ROTURA DE CATÉTER VENOSO CENTRAL, UNA COMPLICACIÓN INUSUAL DE LOS RESERVORIOS IMPLANTABLES.

Autores: Ariadna Siu Uribe, Fernando Vázquez Rueda, Josué E Betancourth Alvarenga, Victoria Jiménez Crespo, Rosa María Paredes Esteban.

UGC Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Comunicación de 3 minutos.

OBJETIVO. Las complicaciones relacionadas con los dispositivos centrales tales como infección, trombosis y problemas mecánicos han sido ampliamente descritas en la literatura, sin embargo, hay pocos casos publicados que describan la persistencia de fragmentos de catéter retenidos después de la retirada de un reservorio implantable (RI). Nuestro objetivo es describir nuestra experiencia con 3 casos de rotura de catéter central de un RI.

CASO CLINICO 1. Varón de 7 años con Leucemia linfocítica aguda (LLA) diagnosticada a los 3 años, que recibió esquema de quimioterapia según protocolo SHOP 2005 mediante un RI y que tras remisión completa se programa su retirada a los 54 meses. Durante la extracción se observa gran deterioro del catéter y rotura a nivel cervical, siendo necesaria la realización de una venotomía mediante incisión cervical. Es localizado en vena yugular interna y extraído en su totalidad. Actualmente se encuentra asintomático.

CASO CLINICO 2. Varón de 9 años, con antecedente de Ataxia-Telangiectasia y LLA diagnosticada a los 5 años que recibió quimioterapia mediante RI según protocolo SHOP 2005 hasta remisión completa. Es programado para retirada a los 45 meses. Durante la cirugía, se observan múltiples microperforaciones del catéter en la totalidad del trayecto con tendencia a romperse y rotura a nivel de la vena yugular con imposibilidad de extraer su porción distal, quedando retenido un fragmento de 3 cm que alcanza la entrada de la aurícula derecha. Cursa el postoperatorio inmediato sin incidencias. A los 3 días, se intenta la extracción del fragmento a través de acceso vascular (Radiología intervencionista) por la vena yugular interna izquierda sin éxito. Finalmente se extrae el fragmento por vía femoral común derecha mediante catéter de lazo. Actualmente se encuentra asintomático.

CASO CLINICO 3. Niña de 8 años, con LLA que recibió quimioterapia según protocolo SHOP 2005 mediante RI implantado por 48 meses. Durante su retirada se observa el

catéter muy adherido, siendo necesaria una incisión cervical para localizarlo a nivel yugular.

CONCLUSIÓN. La retención de fragmentos de un catéter central después de su extracción es una complicación rara, siendo necesario valorar la posibilidad de la misma en quienes se ha mantenido un RI por un largo período, siendo recomendable la retirada precoz de los RI para evitar este tipo de complicaciones.

La extracción de un fragmento de catéter retenido por vía endovascular es una opción terapéutica sobretodo, si esta en una localización anatómica poco accesible.

3. RETENCIÓN DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES.

Autores: Jurado Tabares, M; Palomares Garzón, C; Martínez Villamandos, A; Tejerina López, R; Primelles Díaz, A; García Ceballos, AM; Parrado Villodres, R.

Hospital Regional Universitario Materno Infantil de Málaga. Comunicación de 5 minutos.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La extracción de los reservorios venosos centrales es una intervención quirúrgica no exenta de complicaciones, siendo la retención del catéter intraluminal rara. El objetivo de esta comunicación es presentar nuestra experiencia en relación con la retención de catéteres centrales y el análisis de los factores asociados. **MÉTODOS:** Revisamos los catéteres retirados en nuestro servicio durante los últimos 33 meses (Enero de 2014 a Septiembre de 2016). Los factores analizados fueron la edad, sexo, diagnóstico, tipo de tratamiento infundido, tiempo desde la inserción del catéter (TIC) y desde la finalización del tratamiento (TFT), técnica de colocación y complicaciones. Debemos destacar que en los casos de patología oncológica transcurre un periodo de aproximadamente un año de remisión antes de la retirada. Los pacientes con indicación de retirada siguen un protocolo de mantenimiento. **RESULTADOS:** Se realizaron un total de 85 retiradas observándose 11 catéteres retenidos (12.9%). La edad media fue de 8.2 años, siendo 8.9 en los pacientes con catéteres retenidos. Existe mayoría de sexo masculino en el total de catéteres retirados así como en los retenidos. No se evidenció relación significativa ni con la patología ni con las pautas de tratamiento empleadas. Se realizaron 47 venotomías, de las cuales 9 (19.1%) correspondieron a catéteres retenidos y 37 inserciones Seldinger ecoguiadas, siendo 2 (5.4%) retenidos. El TIC medio fue de 38.3 meses, con rangos de 109 y 1 meses, siendo de 57 meses la media en los catéteres retenidos. El TFT medio fue de 20.5 meses, con rangos de 60 y 0 meses, siendo de 31.8 meses la media en los catéteres retenidos. **CONCLUSIÓN:** En nuestro estudio observamos una fuerte correlación de la retención de catéteres con el TIC, TFT y la técnica de colocación, aunque no se estableció significación estadística. Aunque existen pocas publicaciones en relación con el manejo de estos pacientes, consideramos que habría que reducir los tiempos de espera quirúrgicos para disminuir esta complicación, así como la utilización de Seldinger como técnica para la colocación. Así mismo remarcamos la importancia de un seguimiento postquirúrgico de estos pacientes a largo plazo.

4. NUNCA DEJAR DE SOSPECHAR EL NEUROBLASTOMA CERVICAL.

Autores: Villamil V¹, Méndez Aguirre NA¹, Girón Vallejo O¹, Domenech E², Díaz J³, Mercader B⁴, Rojas-Ticona J¹, Sánchez Sánchez A¹, Giménez Aleixandre MC¹, Ruiz Pacheco MA⁴, Hernández Bermejo JP¹

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.

³ Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

⁴ Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. Comunicación de 3 minutos.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La extracción de los reservorios venosos centrales es una intervención quirúrgica no exenta de complicaciones, siendo la retención del catéter intraluminal rara. El objetivo de esta comunicación es presentar nuestra experiencia en relación con la retención de catéteres centrales y el análisis de los factores asociados. **MÉTODOS:** Revisamos los catéteres retirados en nuestro servicio durante los últimos 33 meses (Enero de 2014 a Septiembre de 2016). Los factores analizados fueron la edad, sexo, diagnóstico, tipo de tratamiento infundido, tiempo desde la inserción del catéter (TIC) y desde la finalización del tratamiento (TFT), técnica de colocación y complicaciones. Debemos destacar que en los casos de patología oncológica transcurre un periodo de aproximadamente un año de remisión antes de la retirada. Los pacientes con indicación de retirada siguen un protocolo de mantenimiento. **RESULTADOS:** Se realizaron un total de 85 retiradas observándose 11 catéteres retenidos (12.9%). La edad media fue de 8.2 años, siendo 8.9 en los pacientes con catéteres retenidos. Existe mayoría de sexo masculino en el total de catéteres retirados así como en los retenidos. No se evidenció relación significativa ni con la patología ni con las pautas de tratamiento empleadas. Se realizaron 47 venotomías, de las cuales 9 (19.1%) correspondieron a catéteres retenidos y 37 inserciones Seldinger ecoguiadas, siendo 2 (5.4%) retenidos. El TIC medio fue de 38.3 meses, con rangos de 109 y 1 meses, siendo de 57 meses la media en los catéteres retenidos. El TFT medio fue de 20.5 meses, con rangos de 60 y 0 meses, siendo de 31.8 meses la media en los catéteres retenidos. **CONCLUSIÓN:** En nuestro estudio observamos una fuerte correlación de la retención de catéteres con el TIC, TFT y la técnica de colocación, aunque no se estableció significación estadística. Aunque existen pocas publicaciones en relación con el manejo de estos pacientes, consideramos que habría que reducir los tiempos de espera quirúrgicos para disminuir esta complicación, así como la utilización de Seldinger como técnica para la colocación. Así mismo remarcamos la importancia de un seguimiento postquirúrgico de estos pacientes a largo plazo.

5. ABORDAJE TRAP-DOOR EN EL MANEJO DE NEUROBLASTOMAS DEL MEDIASTINO SUPERIOR: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

Autores: Cabarcas Maciá, Laura; Alonso Arroyo, Verónica; De la Torre Díaz, Estrella; Matute de Cárdenas, José Antonio; Cabello Laureano, Rosa
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. Comunicación de 3 minutos.

Los neuroblastomas localizados en el opérculo torácico constituyen un reto quirúrgico, siendo difícil su resección vía torácica o vía cervical. El abordaje mediante cervico-esterno- toracotomía (trap-door) permite una adecuada exposición con mejor control de la masa y de los grandes vasos, facilitando la exéresis completa o casi completa, según el caso.

En nuestro centro se han tratado con éxito dos varones con neuroblastomacervico-torácico de 5 meses y 4 años respectivamente. En el primer caso la presentación inicial fue como síndrome de Claude Bernard Horner, masa palpable con extensión supraclavicular izquierda y parálisis diafragmática ipsilateral; y en el segundo caso, como síndrome constitucional y masa palpable con extensión supraclavicular derecha. Ambos pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante según protocolo SIOP, tras lo cual se realizó la exéresis tumoral mediante cervico-esterno-toracotomía. En el segundo caso la arteria vertebral se encontraba incluida en la tumoración por lo cual, tras la extracción de la pieza quirúrgica se realizó una anastomosis arterial termino-terminal, sin incidencias. Los dos pacientes completaron tratamiento con quimioterapia adyuvante, el segundo adicionalmente requirió un transplante autólogo de progenitores de médula ósea. Actualmente ambos se encuentran en remisión completa y sin secuelas.

Conclusión: El abordaje Trap-door permite una adecuada exposición de los tumores del mediastino superior, permitiendo realizar la exéresis tumoral con mayor seguridad y minimizando el riesgo de complicaciones.

6. FISURA ANAL, ¿EL MENOR PROBLEMA DE UN NIÑO CON LEUCEMIA?

Autores: Giménez-Aleixandre, M.C.; Girón-Vallejo, O.; Villamil, V.; Ruiz-Pruneda, R.; Sánchez-Sánchez, A.; Rojas-Ticona, J.; Hernández-Bermejo, J.P.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Comunicación de 3 minutos.

La gangrena de Fournier (GF) es una fascitis necrotizante que afecta a genitales y región perianal, habitualmente debida a flora polimicrobiana. Su evolución puede ser potencialmente mortal. Varón de 2 años diagnosticado de leucemia con pancitopenia severa. Presentaba fisura anal, tratada inicialmente con blastoestimulina y laxantes orales. El día +18 se suspendió la inducción por shock séptico, con hemocultivo positivo para *Escherichia coli* y *Pseudomonas aeruginosa*. Se objetivó lesión necrótica en margen perianal izquierdo. En la tomografía se apreció enfisema subcutáneo perineal y en ambos flancos del espacio perirrectal. Ante el empeoramiento clínico pese a las curas, se desbridó quirúrgicamente mediante tres incisiones perineales y perianales. A los 7 días precisó colostomía de descarga para facilitar las curas perianales con agua oxigenada y apósito de plata. Dos semanas después, se cerraron los defectos cutáneos mediante colgajo de avance V-Y. La GF es una patología con

elevada morbi-mortalidad que en pacientes inmunocomprometidos necesita alto índice de sospecha para realizar un diagnóstico precoz. El desbridamiento quirúrgico, la antibioticoterapia de amplio espectro y el soporte hemodinámico son los pilares del tratamiento. Cuando el esfínter anal o la región perianal están afectas, se debe considerar realizar una derivación intestinal precoz para favorecer la cicatrización.

7. VESÍCULA EN GORRO FRIGIO Y MULTISEPTADA: DOS ENTIDADES POCO FRECUENTES.

Autores: Villamil V, Aranda García MJ, Sánchez Morote JM, Rojas-Ticona J, Sánchez Sánchez A, Giménez Aleixandre MC, Hernández Bermejo JP. Comunicación de 3 minutos.

Introducción: La vesícula biliar puede presentar gran número de anomalías congénitas afectando localización, número, tamaño y forma.

La vesícula en “gorro frigio” es la malformación más frecuente. Se presenta en un 4% de la población, y aparece cuando una de las paredes forma un pliegue que produce una angulación del fundus, recordando los gorros que se usaban en Phrygia, Turquía (phrygiancap en inglés).

La vesícula multiseptada es una condición poco frecuente y se piensa que es el resultado de la cavitación incompleta de la vesícula en la vida embrionaria. Presenta un aspecto característico en “panal de abeja”.

Presentamos tres casos clínicos con dichas entidades. Casos Clínicos

Caso no 1: Paciente de 3 años de edad que acude a urgencias por dolor y distensión abdominal. Con sospecha de invaginación intestinal se realiza ecografía abdominal que evidencia la presencia de vesícula biliar multiseptada, alitiásica. Se realiza estudio gammagráfico para valorar la función vesicular, la cual es adecuada, con un buen vaciamiento, por lo que continuamos actitud expectante.

Caso no 2: Hallazgo casual de vesícula en gorro frigio en paciente encefalópata, durante cirugía laparoscópica para funduplicatura Nissen y gastrostomía.

Caso no 3: Lactante controlada en consulta por malrotación intestinal que en ecografía abdominal de control se evidencia vesícula en “gorro frigio”. Asintomática en todo momento. Conclusión La vesícula en “gorro frigio” y la vesícula multiseptada son dos malformaciones congénitas, con una incidencia relativamente baja, que afectan la forma de la vesícula y que pueden simular otras entidades diagnósticas. Ambos hallazgos son anomalías anatómicas benignas y normalmente no causan síntomas. Sólo cuando se vacían defectuosamente pueden originar estasis con aumento de presión, dolor, inflamación y formación de litos. La colecistectomía profiláctica no es necesaria, sólo se reserva para casos sintomáticos, por lo que en pacientes con diagnóstico incidental, la vigilancia clínica y radiológica es una alternativa.

8. INDICACIONES DE COLECISTOLITOTOMÍA EN LA INFANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor: Castillo Fernández AL, Garrido Pérez JI, Betancourt Alvarenga JE, Escassi Gil A, Paredes Esteban RM.

UGC de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario reina Sofía de Córdoba. Comunicación de 3 minutos.

Lactante sin antecedentes personales ni familiares de interés, diagnosticada de colelitiasis múltiple a los 3 meses de vida tras realización de ecografía abdominal por crisis de irritabilidad. No ha presentado episodios de colecistitis aunque presentó cuadros ocasionales de vómitos que precisaron ingreso. En estudios realizados no se objetivó patología litogénica. Debido a la edad de la paciente y la ausencia de patología de base se decidió la realización de colecistolitotomía laparoscópica videoasistida. Desde la intervención se encuentra asintomática en revisiones sucesivas, no se han desarrollado nuevos cálculos.

La prevalencia de la colelitiasis es muy baja en la edad pediátrica pero su incidencia y su diagnóstico está aumentando tanto en neonatos como en lactantes por el extenso uso de la ecografía. Se considera la colecistectomía el tratamiento de elección en pacientes sintomáticos durante la infancia. Debido a la gravedad de las posibles complicaciones de la técnica así como el posible aumento del cáncer intestinal y la aparición de reflujo gastroesofágico, algunos autores proponen como técnica de elección en la infancia la colecistolitotomía para aquellos pacientes sin etiología conocida. Revisamos sus indicaciones.

9. PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO HEPÁTICO, PAPEL DE LA CIRUGÍA.

Autores: García Dueñas, C. Gironés Camarasa, B. Licerías Licerías, E. Fernández Valadés, R. Mátar Sattuf, K.

Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo hospitalario universitario de Granada. Comunicación de 3 minutos.

INTRODUCCIÓN: El pseudotumor inflamatorio hepático es una entidad poco frecuente, que histológicamente se caracteriza por la proliferación miofibroblástica y de células inflamatorias. Es considerado un tumor benigno, aunque las manifestaciones clínicas y los hallazgos radiológicos son similares a los de un tumor maligno.

Debido a las peculiaridades de este tumor, su forma de presentación y su evolución, las indicaciones de cirugía son variables.

RESUMEN DEL CASO: Presentamos el caso de un varón de 12 años con dolor costal de 15 días de evolución, asociado a síndrome constitucional con astenia, febrícula y pérdida de 1.5 kg de peso. El estudio radiológico objetivó la presencia de una masa en segmento VI hepático que infiltraba pared torácica y se extendía hasta fascia de Gerota de riñón derecho, de unos 5.5cm x 5.5cm x 6cm. No se pudo descartar su origen sarcomatoso. El estudio histopatológico, mostró proliferación miofibroblástica con extensa inflamación mixta, sin pleomorfismo celular ni células blásticas. Se decidió

realizar cirugía por la persistencia de la sintomatología y que en controles seriados se evidencio el crecimiento del tumor a pesar del tratamiento con corticoides. Durante la intervención se consiguió la extirpación completa de la masa tumoral incluida la porción que infiltraba la pared costal.

El estudio histopatológico de la muestra confirmó el diagnóstico. El paciente presentó un absceso de partes blandas que precisó de otra intervención, y hasta el momento no ha presentado recurrencias de la enfermedad.

CONCLUSIONES: El pseudotumor inflamatorio hepático es una patología de origen incierto y de características principalmente benignas, aunque se han descrito casos de recurrencias y metástasis. La sospecha de esta enfermedad requiere un adecuado estudio de imagen e histopatológico. El tratamiento es aun controvertido, debiendo optarse por una actitud quirúrgica, ante el crecimiento del tumor, la persistencia de los síntomas, y en ocasiones, para una confirmación diagnóstica.

10. CIRUGÍA DE RESCATE CON COLECISTO-YEYUNOSTOMÍA EN Y DE ROUX EN PACIENTE CON ATRESIA DE VÍAS BILIARES Y PORTO-COLECISTOSTOMÍA PREVIA (KASAI CON VESÍCULA).

Autores: Delgado-Duatis, Gustavo; Cadaval, Carlos; Alonso, Verónica; Marmolejo, Fernando; De la Torre, Estrella; Bueno-Recio, Javier. Hospital Virgen del Rocío. Comunicación de 3 minutos.

Introducción: Existen pocos artículos que describan el uso de la porto-colecistostomía en el tratamiento de la Atresia de vías biliares (AVB); aunque podría tener su papel si se trata de una atresia del conducto hepático común (tipo 2 A) por una teórica ventaja en la disminución de las colangitis por preservación del esfínter de Oddi; sin embargo otros estudios refieren que sus resultados a medio y largo plazo son peores que el del clásico Kasai. Objetivo: Describir la historia de una paciente afecto de AVB con permeabilidad de vesícula y colédoco que a los 50 días de vida se le realizó una porto-colecistotomía con evolución satisfactoria hasta los 8 años; precisando ingreso en otro hospital por colangitis y cuadro de ictericia (Bilirrubina 11 mg/dL) y acolia. La ecografía y RM objetivaron un hígado cirrótico con hipertensión portal y una imagen quística en hilio hepático de 8 x 6 cm con barro y cálculos en su interior. Ante la sospecha de una obstrucción biliar y para evitar el inmediato trasplante hepático se decide realizar una colecisto-yeyunostomía subiendo un asa en Y de Roux. La evolución de la paciente fue satisfactoria normalizándose la función hepática y las cifras de bilirrubina. Posteriormente, la paciente ha precisado de un ingreso por colangitis a los 11 meses de la intervención. Conclusión: En esta paciente la porto-colecistostomia fue una técnica inicialmente efectiva en el tratamiento de su AVB pero complicada posteriormente con litiasis e ictericia obstructiva. A pesar de que la mayoría de pacientes con AVB finalmente acaban con trasplante hepático, esta re-intervención para conseguir la derivación biliar nos ha permitido ganar tiempo y peso para situarlo en edades y tallas en las que presumiblemente la morbi-mortalidad del trasplante es

menor.

11. PRIMEROS CASOS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SHUNT PORTOCAVA CONGÉNITO.

Autores: Carlos Cadaval Gallardo, Verónica Alonso Arroyo, María Molina Mata, Fernando Marmolejo Franco, Estrella De La Torre Díaz, Laura Cabarcas Maciá, Gustavo Delgado, M.J. Moya, Javier Bueno Recio.

Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío - Sevilla (España). Comunicación de 3 minutos.

Introducción: El shunt portocava congénito (Malformación de Abernethy), es una rara entidad diagnosticada cada vez con más frecuencia. Si no se trata puede producir graves complicaciones destacando retraso intelectual y coma, así como al desarrollo de tumores hepáticos que pueden malignizar entre otras. Hace unos años, el único tratamiento cuando surgían complicaciones era el trasplante hepático. Actualmente, el cierre con radiología intervencionista con o sin cirugía asociada es el tratamiento de elección. Se pueden cerrar en uno ó dos tiempos, según test de oclusión del shunt, para evitar el desarrollo de hipertensión portal. Objetivos: Descripción de los dos primeros casos de shunt porto-cava congénito tratados mediante cirugía. Material y métodos: Caso 1. Paciente de 3 años. Diagnóstico prenatal ecográfico de Shunt, que parece laterolateral. Discreta anemia. Se realiza test de oclusión observándose la existencia de árbol portal intrahepático muy hipoplásico. No se intenta cierre radiológico. Caso 2. Paciente de 4 años, gemelar, gran prematura, fisura palatina, pie equino. Diagnóstico incidental ecográfico con 3 años de LOES hepáticas. Angio-TC diagnóstica shunt porto-cava termino lateral, ausencia de árbol portal intrahepático. Resultados: Caso 1: Se localiza shunt porto-cava extrahepático, diámetro de 2 cm. Presión portal preclampaje de 8mmHg, tras clampaje asciende a 20mmHg. Se realiza cierre parcial del shunt mediante banding con teflón hasta alcanzar presión de 15mmHg, pues al cerrar shunt completamente desaparecía flujo portal intrahepático en ecografía intraoperatoria. Tras 5 meses de seguimiento, anemia normalizada, ecografía muestra árbol portal intrahepático desarrollado, paso filiforme por shunt y permeabilidad de la porta extrahepática. Caso 2: Se localiza shunt porto-cava terminolateral extrahepático. Ecografía intraoperatoria. Presión portal de 8mmHg preclampaje, 42mmHg postclampaje. Mala tolerancia intestinal al clampaje. Se realiza cierre parcial del shunt mediante banding hasta alcanzar 22mmHg. Tras 4 meses de seguimiento, no cambios en diámetro de LOES (benignas por biopsia). Ecografía muestra flujo portal intra y extrahepático con desarrollo de cavernoma, y paso filiforme a través del shunt, sin signos de hipertensión portal. Ambos pacientes están pendientes de cierre definitivo por radiología intervencionista. Conclusiones: La combinación de cirugía en los shunt porto-cava congénitos y la radiología intervencionista evita el trasplante hepático en el tratamiento de esta anomalía.

12. SÍNDROME DE ABERNETHY. Y AHORA, ¿QUÉ HACEMOS?

Autor: Tejerina López, Rodrigo; Palomares Garzón, Cristina; Díaz Diñeiro, María; Martínez Villamandos, Alfonso; Pérez Rodríguez, Juan; Argos Rodríguez, María

Dolores.

UGC Cirugía Pediátrica. HRU Málaga. Comunicación de 3 minutos.

Presentar el caso de un paciente complejo, afecto de síndrome de Abernethy y las múltiples complicaciones que hemos debido de afrontar en su manejo.

Descrito en 1973, sólo se han reportado 80 casos de este síndrome, cuya principal alteración es la presencia de un shunt portosistémico congénito.

Se clasifica en dos tipos: shunt terminolateral (el sistema porta desemboca en la vena cava inferior, con ausencia de flujo portal al hígado) o shunt laterolateral (flujo parcialmente conservado).

Asocia alteraciones congénitas cardíacas, poliesplenía, atresia biliar, situs inversus, aumento de la incidencia de tumores hepáticos y otras anomalías genitourinarias.

Resumen del caso:

Paciente de 1.10/30 meses, derivado a nuestro centro con diagnóstico de tetralogía de Fallot.

Se realiza Eco abdominal y angio-TC, confirmando la ausencia de vena cava retrohepática, porta y la presencia de un confluente entre esplénica y mesentérica superior dirigido hacia rama portal izquierda y poliesplenía, confirmando la sospecha de Síndrome de Abernethy tipo I, así como malrotación intestinal.

Tras ser intervenido por parte de Cirugía Cardiovascular, nos consultan por distensión abdominal presente desde el ingreso. Se realiza laparotomía exploradora, con cierre de una perforación puntiforme duodenal. Desde entonces ha requerido 5 intervenciones más, entre ellas una apertura y cierre de ileostomía y múltiples resecciones de intestino, siendo la mayoría de las complicaciones derivadas del intenso síndrome adherencial que presenta nuestro paciente.

Ha precisado repetidos ingresos en UCI-P debido a diversas complicaciones, entre ellas varias sepsis, un episodio de sangrado digestivo alto con repercusión hemodinámica debido a decúbito provocado por la SNG y otro episodio de alteración ventilatoria restrictiva debido a la distensión abdominal.

En la actualidad permanece ingresado, reiniciando tolerancia oral a través de NEDC con buen tránsito.

Conclusión: Hemos presentado un paciente de manejo complicado, que ha precisado múltiples intervenciones, relacionadas con su patología infrecuente, que nos ha llevado en ocasiones a plantear tanto la actitud a seguir como hasta donde llegar.

MESA REDONDA I

“Actualizaciones de la Cirugía Oncológica Pediátrica. Nuevos retos”

Moderador: Fernando Vázquez Rueda. FEA Cirugía Pediátrica. UGC Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Ponentes:

- Rosa Cabello Laureano. FEA Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- Oscar Girón Vallejo. FEA Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.
- María José Peña Rosa. FEA Oncología Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

MESA DE COMUNICACIONES 2

“Cirugía General”

Moderadores: José Ignacio Garrido Pérez y Jesús Rodríguez Vargas

1. ABSCESOS EN PEDIATRÍA, NO SIEMPRE SON LO QUE PARECEN.

Autores: Giménez-Aleixandre, M.C.; Reyes-Ríos, P.Y.; Villamil, V.; Girón-Vallejo, O.; Rojas-Ticona, J.; Sánchez-Sánchez, A.; Hernández-Bermejo, J.P.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Comunicación de 3 minutos.

El aumento de la movilidad geográfica ha incrementado las enfermedades infecciosas importadas, siendo la miasis cutánea la 4ª patología más frecuente. La dermatobiosis humana es una miasis, causada generalmente por *Dermatobia hominis*, que se presenta como lesiones forunculares con orificio central y exudado mucoso o serosanguinolento.

Paciente de 7 meses que presenta tumoración dolorosa, eritema, calor local y orificio central con exudado mucoide espontáneo, de 3 semanas de evolución. Tratado previamente con amoxicilina + ácido clavulánico, persistiendo crecimiento de la lesión. Destacar antecedente viaje a Paraguay. En ecografía se objetiva área de celulitis de 35 x 13 mm con tejido de granulación, calcificación y doppler positivo en interior. Durante las curas, enfermería refiere movimiento de la lesión. Se ocluye con vaselina,

impidiendo la respiración de la larva. Posteriormente, bajo sedación e infiltración de lidocaína perilesional, se dilata orificio central y se extrae la larva.

El diagnóstico de dermatobiosis es sencillo teniendo en cuenta:

- Antecedente de estancia en áreas endémicas.
- Forúnculo eritematoso con orificio central.
- Salida de material serosanguinolento o mucoide.
- Movimiento de la lesión.

No son necesarias técnicas de imagen, aunque la ecografía sería útil en casos tardíos o complicados. El tratamiento es sencillo y reproducible.

2. ENTEROPLASTIA TRANSVERSAL SERIADA EN SITUACIONES ESPECIALES.

Autores: Cabarcas Maciá, Laura; Marmolejo Franco, Fernando; Vivas Colmenares, Grecia; Delgado Duatis, Gustavo; Moya Jiménez, María José; Bueno Recio, Javier.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. Comunicación de 3 minutos.

Introducción: La enteroplastia transversa seriada (STEP) es una técnica de alargamiento intestinal en el tratamiento del síndrome de intestino corto cuyos objetivos son 1) aumentar la absorción intestinal para alcanzar la independencia o necesidades de la nutrición parenteral 2) disminuir la dilatación intestinal para evitar el sobrecrecimiento bacteriano. Presentamos dos casos de STEP en pacientes con indicaciones especiales.

Caso 1: Varón de 9 años con antecedente de resección intestinal amplia tras enterocolitis neonatal (110 cm) y anastomosis yeyuno-sigmoidea. El paciente presentaba fallo de medro y pseudo-oclusión intestinal recurrente. Se realiza STEP sobre 75 cm de intestino delgado muy dilatado (21 disparos con Endogia de 45 mm) secundario a hernia interna, que se repara. Tras 5 meses post-intervención presenta evolución favorable con desaparición de síntomas y ganancia pondero-estatural.

Caso 2: Mujer de 6 años con historia de resección intestinal amplia por vólvulo intestinal y aganglionismocólico total, alargamiento intestinal con técnica de Bianchi (longitud intestinal post-Bianchi de 100 cm), colectomía total y yeyunostomía terminal, dependiente de nutrición parenteral. La paciente presentaba cuadros suboclusivos recurrentes. Se realiza STEP tanto sobre el intestino alargado previamente con Bianchi como sin alargar (14 disparos con Endogia de 35 y 45 mm). El postoperatorio transcurre sin incidencias. Reingresa dos meses tras la enteroplastia por cuadro suboclusivo, precisando laparotomía,

y extracción de cuerpo extraño impactado por trasgresión alimentaria. El tiempo de seguimiento es corto y aún no se han disminuido las necesidades de nutrición parenteral.

Conclusiones: La enteroplastia transversal seriada es una alternativa útil en pacientes

seleccionados con síndrome de intestino corto y es técnicamente factible como procedimiento de rescate tras la intervención de Bianchi.

3. **HERNIA IRREDUCTIBLE CON SORPRESA IMPREVISIBLE.**

Autores: Sánchez-Sánchez A, Ruiz-Pruneda R, Girón-Vallejo O, Fernández-Ibieta M, Rojas-Ticona J, Villamil V, Giménez-Aleixandre MC, Hernández-Bermejo JP
Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. Comunicación de 3 minutos.

INTRODUCCIÓN La hernia de Amyand consiste en la presencia del apéndice cecal en el saco herniario inguinal, con o sin signos de apendicitis. **OBJETIVOS** Describimos un caso clínico de hernia de Amyand, documentado gráficamente, por ser un hallazgo poco frecuente. **CASO CLÍNICO** Lactante de 14 meses, diagnosticado de hernia inguinal derecha pendiente de intervención, que acude a urgencias por vómitos y fiebre. Presenta varios episodios eméticos, inicialmente alimenticios, después en posos de café. Fiebre de 38°C. Aumento del tamaño de tumoración inguinal derecha con imposibilidad de reducción. A la exploración, regular estado general con signos de deshidratación leve. Abdomen blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal. A nivel inguinoescrotal derecho presenta tumoración de gran tamaño y consistencia dura, dolorosa a la palpación, que no se reduce con maniobras de taxis. Analítica sin alteraciones. Radiografía abdominal con niveles hidroaéreos. En ecografía se objetiva hernia inguinoescrotal derecha con contenido intestinal. Con el diagnóstico de hernia incarcerada se interviene de urgencia, observándose saco herniario amplio e inflamado. Al abrirlo, encontramos apéndice cecal y ciego sin isquemia. Se realiza herniorrafia inguinal derecha y apendicetomía reglada con bolsa de tabaco. **DISCUSIÓN** La hernia de Amyand aparece en un 1% de los pacientes con hernia inguinal. Sólo un 0,1% asocia apendicitis aguda. Debe su nombre a Claudious Amyand, cirujano militar británico, que realizó en 1735, la primera apendicectomía a través de saco herniario. Es más frecuente en población pediátrica, en varones y en el lado derecho, por la localización habitual del apéndice. En el lado izquierdo se asocia a malrotación, situs inverso o ciego móvil. Clínicamente produce cuadro de hernia incarcerada o estrangulada. El diagnóstico suele ser incidental durante la intervención. Existe controversia sobre la realización de apendicectomía profiláctica, en nuestro caso se realizó, sin aparición de complicaciones postoperatorias.

4. **TUMOR CARCINOIDE APENDICULAR. FORMA DE PRESENTACIÓN Y MANEJO. NUESTRA EXPERIENCIA.**

Autores: Martínez Villamandos, Alfonso; Stout-Dore, Charlotte Summer; Pintado Benzal, Juan ;JuradoTabares, María; Palomares Garzón, Cristina; Tejerina López, Rodrigo; Díaz Diñeiro, María;Hernández del Arco, Sara; Primelles Díaz, Arbelio; Parrado Villodres, Rafael.

Hospital Regional Universitario de Málaga. Comunicación de 5 minutos.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS El tumor carcinoide apendicular es el tumor del tracto gastrointestinal más frecuente en la infancia. Se presentan en el 0,3-0,07% de las apendicectomías. No suelen asociar la sintomatología típica del adulto y su diagnóstico es incidental al realizar el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica obtenida en paciente al que se realiza apendicetomía urgente por cuadro compatible con apendicitis aguda. Nuestro objetivo consiste en revisar la casuística de nuestro centro y realización de búsqueda bibliográfica para estudio del manejo de los pacientes en los que se diagnostica un tumor carcinoide apendicular. **MÉTODOS** Revisión de historias clínicas de pacientes que fueron diagnosticados de tumor carcinoide apendicular a través del estudio anatomopatológico de la pieza remitida tras cirugía urgente por cuadro compatible con apendicitis aguda. Consultamos guías de práctica clínica para establecer un protocolo actualizado para el seguimiento de estos pacientes. **RESULTADOS** Entre los años 2001 y 2015 han sido diagnosticados en nuestro centro 8 casos (5 varones y 3 mujeres) con una edad media al diagnóstico de 10'8 años. Ningún tumor infiltraba la serosa apendicular ni presentaba afectación ganglionar ni metástasis a distancia al diagnóstico ni durante su seguimiento en consultas externas mediante ecografía y analíticas seriadas. Ninguno de nuestros pacientes ha precisado hemicolectomía derecha. Las indicaciones de hemicolectomía derecha en el tumor carcinoide apendicular son tumor mayor de 2cm; mayor de 1cm situado en la base y no adenocarcinoideó con invasión perineural, vascular o células en anillo de sello; ganglios locorregionales afectados y/o metástasis a distancia. **CONCLUSIONES** Resaltamos la importancia del estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica en las apendicectomías. Presentamos manejo actualizado y nuestra casuística.

5. LAPAROSCOPIA COMO TÉCNICA DIAGNÓSTICA COMPLEMENTARIA Y TRATAMIENTO EN EL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE EN LA INFANCIA.

Autores: Ramnarine-Sánchez, S.D.; Betancourth-Alvarenga, J.E.; Garrido Pérez, J.I.; Vázquez Rueda, F.; ParedesEsteban, R.M.

Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Comunicación de 5 minutos.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: El dolor abdominal inespecífico es una consulta frecuente pediatría y en su mayoría los síntomas se resuelven espontáneamente. En algunos casos los síntomas persisten sin identificarse causa patológica. En estos casos la laparoscopia exploradora se muestra útil como técnica diagnóstica y terapéutica. El objetivo de este estudio es analizar el uso de la laparoscopia en el Dolor Abdominal Recurrente (DAR) sin patología asociada, a través de la experiencia en nuestro centro. **METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo de los casos de DAR intervenidos mediante laparoscopia exploradora más extirpación del apéndice cecal entre el 2004-2016. Se realizó un análisis descriptivo de variables demográficas, tiempo transcurrido desde el inicio del dolor, número de consultas a urgencias, valoración por cirugía, exploraciones realizadas y resultados post-operatorios. **RESULTADOS:** Se intervino un total de 32 niños con DAR, siendo más frecuente en mujeres 4,33:1. La edad media fue de 10,5±1,75 años con un mínimo de 6 años. El dolor se localizó en fosa iliaca derecha en

28(87,5%), hipogastrio 2(6,25%) y generalizado 2(6,25%). En 32(100%) se realizó una prueba de imagen: en 28(87,5%) 2 o más ecografías y TC o RM en 5(15,6%). La media del inicio de los síntomas hasta la cirugía fue de $7,5 \pm 7,29$ meses con un promedio de $6,4 \pm 3,95$ consultas. En todos los casos el cirujano descartó patología quirúrgica. Solamente en 7(18.9%) casos se identificó una brida o banda congénita que justificaría la sintomatología. Todos los apéndices extirpados tenían aspecto macroscópico normal y los hallazgos histológicos fueron inespecíficos. Solo hubo 5 complicaciones de las cuales 4 fueron menores y un hematoma intrabdominal que precisó manejo conservador. El dolor abdominal desapareció en el postoperatorio mediato en 27(84,3%) persistiendo en 5 casos de los cuales 4 mejoraron en el primer año y un caso diagnosticado de trastorno de la alimentación. **CONCLUSIONES:** El DAR no filiado, es subsidiario a realización de laparoscopia exploradora como técnica diagnóstica y en la mayoría de los casos la extirpación del apéndice cecal representa una actitud terapéutica. La mejoría clínica posterior a la intervención apoya la realización de una apendicetomía sin embargo, el mecanismo por el cual se consigue mejorar la sintomatología es desconocido ya que en la mayoría de los casos no se logra evidenciar una alteración en el estudio anatomopatológico que lo justifique. La laparoscopia exploradora con apendicetomía es una intervención segura que debe ser considerada en los casos de DAR sin evidencia de patología asociada.

6. LINFANGIOMA ESPLÉNICO: UN TUMOR ATÍPICO. PRESENTACIÓN Y ABORDAJE QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO MEDIANTE 3 TRÓCARES.

Autores: Núñez Guerrero P¹, Gil Rendo A¹, Alberca Páramo¹, García Santos EP¹, Palomares C², Jurado M², Martínez Villamandos A², Tejerina R², Summer C², Parrado R², Martín Fernández J¹.

¹ Hospital General Universitario de Ciudad Real.

² Hospital Materno Infantil de Málaga. Comunicación de 3 minutos.

Introducción : Los linfangiomas son tumores benignos generados por una malformación congénita del sistema linfático cuyo mecanismo final es la linfangiectasia. La localización habitual es a nivel cervical o axilar (higroma quístico), siendo el resto incluida la abdominal, infrecuentes (menor al 1%) como hallazgo en necropsias o intervenciones quirúrgicas. En general aparecen en edad pediátrica con clínica asintomática. La complicación más frecuente es la esplenomegalia, la más grave la coagulopatía de consumo por hiperesplenismo. El tratamiento quirúrgico clásico consiste en la esplenectomía abierta, si bien la literatura ha establecido en los últimos diez años el abordaje laparoscópico en la gran mayoría de lesiones.

Caso Clínico: Se presenta a un varón de 14 años con sintomatología álgica en hipocondrio izquierdo y masa abdominal. Se solicitó serología microbiana para despistaje de *E. Granulosus*. En la tomografía computerizada abdominal se evidenció la ocupación completa del parénquima esplénico por una lesión quística de 10 x 15 x 16

cm con septos en su interior. El tamaño del mismo ocasionaba desplazamiento posteroinferior renal izquierdo.

Se realizó esplenectomía laparoscópica en la cual mediante visión óptica se procedió al drenaje percutáneo del contenido líquido de la lesión quística esplénica facilitando así el trabajo mediante únicamente tres trócares y la exteriorización de la pieza por una minilaparotomía en línea medioaxilar de ampliación del puerto de 5/12 mm. Se procedió a la adhesiolisis de la fijación esplenodiafragmática y coloesplénica. Se diseccionó y ligó el pedículo esplénico con el uso de EndoGIA y exteriorización mediante sistema de EndoBag.

Sin incidencias postoperatorias siendo dado de alta el paciente asintomático al quinto día postoperatorio.

Conclusiones: Desde la primera esplenectomía en 2001 (Kwon), se recomienda el abordaje laparoscópico de esta patología, realizando como primera posibilidad la resección parcial evitando las consecuencias ulteriores de la anesplenía.

La sospecha de malignidad no contraindica el abordaje laparoscópico obteniendo la diseminación intraabdominal o la metástasis cutánea del puerto del trocar una prevalencia similar a otros tipos de patologías oncológicas.

La esplenomegalia masiva es la única contraindicación relativa de este tipo de abordaje, si bien en lesiones benignas el drenaje percutáneo intraoperatorio bajo visión directa como presentamos en nuestro caso disminuye el tamaño esplénico facilitando el acto quirúrgico.

7. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS TRAUMATISMOS ESPLÉNICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LA ÚLTIMA DÉCADA

Autores: Ariadna Siu Uribe, Miguel Ángel Cárdenas Elías, José Ignacio Garrido Pérez, Lourdes Delgado Cotán, Rosa María Paredes Esteban. Comunicación de 5 minutos.
UGC Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

OBJETIVO. Los traumatismos presentan una alta morbimortalidad en la infancia. El trauma abdominal contuso representa el 80-90% de las lesiones abdominales y el bazo es la segunda víscera abdominal más afectada después del hígado. El manejo del traumatismo esplénico ha evolucionado en los últimos años. Nuestro objetivo es analizar el manejo actual del traumatismo esplénico (TE) en nuestro medio.

MATERIAL Y METODOS. Análisis retrospectivo de pacientes menores de 14 años ingresados por TE en los últimos 10 años en nuestro centro.

RESULTADOS. Se ingresaron 13 pacientes por TE; la edad media fue de $8,9 \pm 2,6$ años, 6 de los cuales eran varones y 7 mujeres. El mecanismo del traumatismo más frecuente fue por caída (55%), seguido de accidente de tráfico (30%) y traumatismo por manillar

de bicicleta (15%). Según la clasificación del TE de la American Association for the Surgery of Trauma (AAST), 4 (30,7%) tuvieron un TE grado-IV, 5 (38,5%) grado-III, 2 (15,4%) grado-II y 2 (15,4%) grado-I. Al 61% se realizó ecografía al ingreso (sensibilidad 37%) y al 38% Tomografía (TC). El 77% fueron ingresados en cuidados intensivos (UCI-P), con una estancia media de 3 ± 3.6 días, mayor en pacientes con TE grado III y IV. A su llegada a urgencias, 3 pacientes se encontraban inestables hemodinámicamente, 2 de los cuales fallecieron debido a lesiones cerebrales asociadas. Estos pacientes requirieron transfusión sanguínea e intervención quirúrgica urgente. Las indicaciones de laparotomía fueron perforación de víscera hueca (1) y hemoperitoneo masivo (2). El tiempo hasta el inicio de tolerancia oral fue de 3 ± 3 días. Se realizó controles de Hemoglobina periódicos a todos los pacientes, sin evidenciar descenso.

Se realizó una media de 3 ± 2 ecografías de control por paciente. La estancia hospitalaria media fue de 14 ± 11 días. No se observaron complicaciones después del alta.

CONCLUSIÓN. El manejo conservador del TE es una opción válida y segura para el tratamiento del traumatismo esplénico en un paciente estable, independientemente del grado de lesión. La cirugía se limita para aquellos pacientes con otras lesiones asociadas o hemorragia intraabdominal evidenciada que este produciendo deterioro del estado hemodinámico del paciente.

8. ANÁLISIS DE LOS TRAUMATISMOS ACCIDENTALES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL INFANTIL.

Autores: Ibarra Rodríguez R; Betancourth-Alvarenga JE; Ramnarine Sánchez SD, Vázquez Rueda F; Garrido Pérez JI; Paredes Esteban RM.

Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Comunicación de 5 minutos.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La patología traumática es un motivo frecuente de consulta en Urgencias y puede precisar algún tipo de actuación por parte del cirujano pediátrico. El objetivo de este estudio describir y analizar algunas de las características clínicas y epidemiológicas de la patología traumática accidental en nuestro medio.

MÉTODOS: Se realiza un estudio retrospectivo de las consultas al Servicio de Cirugía Infantil por patología traumática y accidental desde el 1 de enero de 2015 hasta el 30 de abril de 2016. Se analizan edad, sexo, lugar, tipo y época de producción de lesión. Se realiza estudio descriptivo de frecuencias y asociación de caracteres cualitativos y ANOVA para detectar diferencias entre grupos. Se excluyen los TCE, que fueron atendidos por neurocirugía.

RESULTADOS: Se contabilizaron un total de 655 consultas en el periodo de estudio, lo que supone un 1,07% de todas las Urgencias Infantiles y una media de 1,36 consultas/día. La distribución estacional fue bastante uniforme aunque hubo un ligero incremento en primavera y verano (25,2 y 27,7% respectivamente vs 23,7 y 23,3% en

otoño e invierno). La incidencia fue mayor en varones con una proporción de 1,65:1 ($p<0.001$), aunque esta diferencia no fue significativa en <2 años ($p=0,15$). La edad más frecuente de consulta fue de 2 a 6 años (47,4%), seguida de los >6 años (33,4%) y, mucho menor, en <2 años (19,2%). El 76% de los accidentes ocurrieron en el domicilio (92,6% en <6 años), predominando las lesiones extradomiciliarias en los >6 años (77,6%). Con respecto al tipo de lesión, lo más frecuente fueron las heridas (51,9%), seguidas de las quemaduras (24,6%) y los traumatismos (16%). Hubo una incidencia relativamente elevada también de cuerpos extraños y mordeduras de perro (3,2 y 2,4% respectivamente). Se encontraron diferencias significativas de la edad en función del tipo de traumatismo y entre el tipo de lesión y el lugar de producción, siendo las heridas y las quemaduras, las lesiones domiciliarias más frecuentes.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia las lesiones traumáticas accidentales son un motivo frecuente de consulta a Cirugía infantil. El paciente tipo es un varón, preescolar, que sufre la lesión en domicilio, que generalmente será una herida o una quemadura, producida frecuentemente en periodo vacacional. El cambio en los patrones de juego (más sedentarios), probablemente influye en estos resultados.

9. HEMATOMA ESCROTAL COMO SIGNO CLÍNICO EN LA HEMORRAGIA SUPRARRENAL.

Autores: María Molina Mata, Verónica Alonso Arroyo, Fernando Marmolejo Franco, Estrella de la Torre Díaz, Laura Cabarcas Maciá, Sebastián Roldán Pérez
 Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla). Comunicación de 3 minutos.

Introducción El hematoma suprarrenal se presenta en el 0,2% de los recién nacidos (10 % bilaterales). La etiología puede ser: traumatismo al nacimiento, parto complicado por peso alto al nacer, hipoxia, asfixia, hipotensión o coagulopatía. El hematoma escrotal es una manifestación extremadamente rara de la hemorragia suprarrenal neonatal. La mayoría de los pacientes presentan tumefacción escrotal con coloración azulada ipsilateral o contralateral a la hemorragia. Presentamos 2 casos de hematoma escrotal como signo clínico de hemorragia suprarrenal. **Resumen de los caso** Caso 1: Paciente varón prematuro de 48 horas de vida ingresado en UCI neonatal que presenta hematoma escrotal izquierdo doloroso. Ante el diagnóstico de sospecha de torsión testicular se realiza ecografía testicular urgente inconcluyente por lo que se decide exploración quirúrgica urgente con abordaje vía escrotal, evidenciándose hematoma disecante desde retroperitoneo hasta escroto con mínimo hidrocele reactivo y teste izquierdo de aspecto macroscópicamente normal y descartándose torsión testicular. En una ecografía y TAC abdominal posterior se identifica imagen sugestiva de hemorragia suprarrenal, sin confirmación definitiva. Caso 2: Paciente varón término de 24 horas de vida que ingresa por presentar hematoma testicular derecho no doloroso. En una ecografía testicular urgente se descarta torsión testicular derecha, identificando una estructura compatible con un hematocele derecho. Ante la posibilidad de posible origen suprarrenal se realiza una ecografía abdominal en la que

se observan signos sugestivos de hemorragia adrenal en evolución, manejándose ésta de manera conservadora con controles ecográficos y evitando una exploración quirúrgica innecesaria. Conclusiones / Comentarios En los recién nacidos, la tumefacción escrotal, con o sin coloración azulada, puede deberse a: hidrocele, traumatismo testicular con edema testicular, hernia inguinal, tumor congénito, peritonitis meconial, torsión testicular, y, raramente, hemorragia suprarrenal. Las manifestaciones más frecuentes de hemorragia suprarrenal son: anemia, masa abdominal, ictericia y, en menor frecuencia, tumefacción y cambio de coloración escrotal. Ante la presencia de hematoma testicular es necesario realizar una evaluación de los antecedentes clínicos, el examen físico y solicitar ecografía de ambos testículos y del abdomen. Varios autores aconsejan considerar el cuadro escrotal agudo como torsión testicular y realizar una exploración quirúrgica urgente. Sin embargo, nuestro grupo de trabajo recomienda tener en cuenta el hematoma suprarrenal dentro del diagnóstico diferencial, evitando la cirugía innecesaria

Sábado 5 de noviembre de 2016

MESA DE COMUNICACIONES 3

“Cirugía Plástica y Cirugía Torácica”.

Moderadores: Basilio Velasco Sánchez y Victoria Jiménez Crespo

1. USO DE LA BRONCOGRAFÍA EN PACIENTES CON MALFORMACIONES COMPLEJAS DE LA VÍA AÉREA.

Autores: Palomares Garzón, Cristina¹; Varela, Patricio ²; Ibáñez, Carmen Gloria²; Leopold, Eduardo²

¹Hospital Regional Universitario de Málaga.

²Hospital Infantil Dr. Luis Calvo Mackena. Santiago de Chile, Chile. Comunicación de 5 minutos.

INTRODUCCIÓN: Labroncografía es una herramienta que plantea interesantes perspectivas en el diagnóstico y decisiones terapéuticas en pacientes con patología traqueo-bronquial compleja. Son pocos los estudios publicados recientemente, y el objetivo es presentar la experiencia inicial con esta técnica usando medio de contraste isoosmolar.

CASOS CLÍNICOS: Se presentan 5 casos con malformación de la vía aérea, en los que se empleó broncografía con medio de contraste isoosmolar, durante los años 2015 y

2016.

Los pacientes estudiados tenían los siguientes diagnósticos: agenesia pulmonar derecha (pacientes 1 y 2), estenosis traqueal congénita (casos 3 y 4) y sospecha de fístula traqueo esofágica persistente (último caso).

CASO 1: La broncografía permitió objetivar la presencia de tejido pulmonar remanente derecho, lo que contrastó con el diagnóstico previo de agenesia pulmonar derecha.

CASO 2: Paciente intubada en UCI con estenosis traqueal crítica que no permite progresar broncoscopio por lo que se decide realización de broncografía, objetivándose agenesia pulmonar derecha y estenosis traqueal congénita de segmento largo.

CASO 3: Neonato con Tetralogía de Fallot, traqueostomizado en el que tras instilar medio de contraste se evidencia estenosis crítica de segmento largo y bronquio traqueal derecho.

CASO 4: Paciente con estenosis traqueal sometido a resección traqueo carinal parcial, que evolucionó en el postoperatorio con enfisema subcutáneo y neumomediastino, sospechándose dehiscencia de suturas. El estudio broncográfico reveló ausencia de filtraciones.

CASO 5: Neonato intervenido de atresia esofágica tipo III en el que se objetiva neumotórax a las 48 horas. Tanto el esofagograma como la broncografía descartaron la presencia de fístula.

CONCLUSIONES: La broncografía con medio de contraste isoosmolar se plantea como una prueba segura, de gran utilidad y de fácil uso en el diagnóstico de la patología traqueobronquial compleja. Estos resultados alentadores revelan que es necesaria una mayor experiencia y estudios comparativos con otras técnicas para posicionarla como una de las pruebas de elección ante este tipo de pacientes.

2. ABORDAJE CONSERVADOR Y QUIRÚRGICO DE LA HIPERHIDROSIS PALMOPLANTAR.

Autores: Sánchez-Sánchez A*, Ruiz-Pruneda R*, Girón-Vallejo O*, Martínez-Menchón T**, Rojas-Ticona J, Villamil V*, Giménez-Aleixandre MC*, Hernández-Bermejo JP.

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

**Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. Comunicación de 3 minutos.

INTRODUCCIÓN: La hiperhidrosis palmoplantar primaria es una patología relativamente común en la población pediátrica que produce gran limitación en la vida diaria.

El manejo puede ser médico o quirúrgico, mediante simpaticolisistoracoscópica.

El tratamiento quirúrgico presenta excelentes resultados pero puede producir hiperhidrosis compensatoria, reservándose por tanto para casos que no respondan al tratamiento médico.

OBJETIVOS: Describir el tratamiento conservador con fármacos anticolinérgicos y la opción de tratamiento quirúrgico en caso de no respuesta.

CASOS CLINICOS: Presentamos dos casos de Hiperhidrosis focal primaria con afectación plamoplantar en dos niñas de 9 y 8 años. En ambos casos la sintomatología se inició durante el primer año de vida, con empeoramiento progresivo de la misma y afectación de la vida diaria especialmente la escolar.

Ambas pacientes recibieron tratamiento con Oxibutitina con dosis inicial de 2,5 mg al día, que se aumentó de forma progresiva.

En el primer caso la respuesta clínica fue muy buena, desapareciendo la sintomatología con dosis de Oxibutitina a 5mg al día, sin aparición de efectos adversos.

En el segundo caso, entre cuyos antecedentes destaca hiperhidrosis materna intervenida mediante simpaticolisis, la respuesta al tratamiento farmacológico no fue buena a pesar de alcanzarse dosis de 10mg al día, con aparición además de sequedad bucal y retención urinaria, por lo que se decidió tratamiento quirúrgico. Se realizó simpaticolisis toracoscópica a nivel de T2, T3 y T4, sin incidencias durante la intervención ni en el postoperatorio, siendo posible el alta a las 24h. Tras la intervención la paciente presentó desaparición de la clínica, sin aparición de hiperhidrosis compensatoria, mostrándose muy satisfecha con los resultados.

CONCLUSIÓN: La simpaticolisis toracoscópica es una técnica fácilmente reproducible con escasa morbilidad y excelentes resultados, aunque se reserva para casos sin respuesta al tratamiento conservador.

3. ESTADÍSTICA DE LA UNIDAD DE QUEMADOS DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE MÁLAGA.

Autores: Martínez Villamandos, Alfonso; Jurado Tabares, María; Hernández del Arco, Sara; Palomares Garzón, Cristina; Tejerina López, Rodrigo; Pintado Benzal, Juan; Díaz Diñeiro, María; Aguilera Neuenschwander, José Jesús; Martínez del Castillo, María Luisa; García Soldevila, Nuria.

Hospital Regional Universitario de Málaga. Comunicación de 5 minutos.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las quemaduras suponen la segunda causa de mortalidad por accidente en la infancia y la primera en el ámbito doméstico. Son lesiones secundarias a la acción de diversos agentes (físicos, químicos y biológicos) que pueden provocar desde alteraciones funcionales reversibles hasta destrucción tisular

total irreversible. Nuestro objetivo consiste en el estudio del paciente que ingresa en nuestra Unidad de Quemados Pediátrica, manejada exclusivamente por cirujanos pediátricos, y realizar un análisis sobre etiología, localización, extensión, evolución y tratamiento de las lesiones que presentan **MÉTODOS:** Realizamos un estudio de carácter retrospectivo y descriptivo, en el cual incluimos a todos los pacientes que ingresaron a través del área de Urgencias del Hospital Materno Infantil de Málaga o fueron derivados desde otros centros sanitarios y fueron ingresados en la Unidad de Quemados de la misma institución entre Enero del 2012 y Diciembre del 2015. Las variables consideradas para el estudio fueron: género de los pacientes (masculino o femenino); edad (en años); días de hospitalización hasta el alta definitiva; extensión y profundidad de las quemaduras; localización corporal de las lesiones; agente causal; tratamiento recibido (médico y/o médico-quirúrgico); tipo de cirugía realizada (limpieza quirúrgica, injerto de piel, escarotomía...); lugar donde ocurrió el accidente, ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos, y necesidad de transfusión de hemoderivados. **RESULTADOS:** Fueron admitidos un total de 147 pacientes en la unidad, de los cuales 87 (59%) eran varones y 60 (41%) mujeres, con una media de edad de 5'13 años y una mediana de 4'4 años. La superficie corporal total quemada fue del 16'5%, siendo la localización más comúnmente afectada el tronco (43% de pacientes), seguido por miembro superior (36%), miembro inferior (25%), cabeza y cuello (18%) y periné (5%). La estancia media fue de 18 días, realizándose un total de 377 curas bajo anestesia general, 1340 bajo sedoanalgesia. Se llevaron a cabo 105 cirugías para injertos libres de piel. 22 pacientes precisaron ingreso en UCIP y 32 requirieron transfusiones de sangre. **CONCLUSIONES:** El paciente gran quemado pediátrico representa una entidad compleja que requiere medios y especialistas formados específicamente para su manejo, siendo fundamental el papel del cirujano pediátrico. Valorar campañas en la población para prevenir accidentes en el domicilio.

4. TÉCNICA DE SUSPENSIÓN AL FRONTAL EN PACIENTES CON BLEFAROPTOSIS: NUESTRA EXPERIENCIA.

Autores: Jurado Tabares, M; Hernández del Arco, S; Martínez del Castillo ML; García Soldevila, N.

Hospital Regional Universitario Materno Infantil de Málaga. Comunicación de 3 minutos.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La blefaroptosis se define como una posición anormalmente caída del párpado superior. En el 80-90% de los casos es congénita, por distrofia del músculo elevador del párpado. En todos los casos el tratamiento es quirúrgico, siendo en nuestro centro llevado a cabo por Cirugía Pediátrica Plástica con valoración pre y postoperatoria por Oftalmología. Presentamos la técnica e indicaciones de la suspensión al frontal, así como nuestra experiencia en su aplicación. **MÉTODOS:** Esta técnica consiste en la realización de 3 incisiones supraciliares y otras 3 en borde palpebral superior, uniendo el músculo frontal al tarso mediante un doble romboide realizado con dos hemisuturas continuas. Los pacientes candidatos a esta cirugía son aquellos con ausencia de función del músculo elevador del párpado y con

un grado severo de blefaroptosis. En los últimos 3 años hemos tratado con esta técnica a 16 pacientes. RESULTADOS: De los 16 pacientes intervenidos 9 de ellos presentaban blefaroptosis unilateral y 7 bilateral, con un total de 23 párpados intervenidos. De los 7 pacientes con blefaroptosis bilateral, 5 se encontraban en el contexto de un síndrome de blefarofimosis y se había realizado previamente una plastia de Mustardé. Los otros 2 pacientes padecían un síndrome polimalformativo. El resultado ha sido óptimo en todos los casos, con corrección completa de la ptosis palpebral. CONCLUSIONES: La blefarosuspensión al frontal es una técnica muy eficaz para el tratamiento de la ptosis palpebral congénita, con muy buenos resultados funcionales y estéticos y bajo índice de complicaciones.

5. TROMBOSIS POR DÉFICIT TRANSITORIO DE ANTITROMBINA III EN UN RECIÉN NACIDO.

Autores: Gironés Camarasa B, García Dueñas C, Liceras Liceras E, Fernández Valadés R, Ruiz Montes, AM. Miranda Romera P.

Servicio de Cirugía Pediátrica; Complejo Hospitalario de Granada, Comunicación de 3 minutos.

INTRODUCCION: La incidencia de tromboembolismo en neonatos hospitalizados es de 2,4 por cada 1000 RN vivos, 40 veces más que durante el resto de la infancia.

CASO CLÍNICO. Recién nacido de 36 semanas y 1950 g, que al nacimiento presenta edema y lesiones eritematosas de color violeta en la mano y el antebrazo izquierdo. Hay movimiento del miembro superior pero no de la muñeca.

Al 6o día se observa escara en dorso del antebrazo, edema en mano y necrosis en el pulpejo de los dedos. Pulso axilar, humeral y radial presentes. Ecografía *doppler* descarta trombosis arterial aunque no venosa.

Estudio de coagulación: AT III: 43%; INR: 1,16; Ttpa: 27,8; TP 12,6; DD: 2,18; fibrinógeno 261. Mejoría progresiva de parámetros analíticos y clínicos con antitrombina III y enoxaparina.

Tras curas cada 48 horas con pomadas de enzimas proteolíticas y antibióticos. Al 10o día extirpación de esfacelos del lecho necrosado.

Al 20o nueva escarectomía y colocación de sustituto biológico cutáneo que se retira a las 48 horas por infección por *Pseudomona auroginosa multiresistente* tratada con ceftacídima durante 10 días.

Tras colectivización de cultivos se mantiene actitud expectante por lesiones en proceso de epitelización.

Actualmente las lesiones se encuentran epitelizadas, con retracción cicatricial de la muñeca, que requerirá tratamiento quirúrgico. No precisa tratamiento hematológico al normalizarse coagulación y no existir anomalías genéticas.

COMENTARIOS. La deficiencia adquirida de antitrombina III puede ser causa de tromboembolismo en el recién nacido. La aparición de lesiones cutáneas con necrosis sospechosas de trombosis, precisa un diagnóstico rápido, dada la importancia del tratamiento lo antes posible.

6. SISTEMA DE PRESIÓN NEGATIVA EN LAPAROTOMÍAS COMPLICADAS.

Autores: Cárdenas Elías MA; Garrido Pérez JI; Murcia Pascual FJ; Siu Uribe A; Betancourth-Alvarenga JE; Paredes Esteban RM.

UGC de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario “Reina Sofía”. Comunicación de 3 minutos.

OBJETIVO El cierre definitivo de la pared abdominal tras laparostomías en pacientes multireintervenidos puede plantear problemas quirúrgicos de difícil solución al generarse un defecto importante en la pared abdominal. Valoramos la utilidad de los sistemas de presión negativa (SPN) en estos pacientes. **MATERIAL Y MÉTODO** Presentamos dos pacientes con grandes defectos de pared abdominal secundarios a laparostomías en los que se utilizó un SPN para la corrección del defecto. **RESULTADOS** Caso 1. Neonato RNAT con CIR, polimalformado e intervenido por malrotación intestinal, ileostomizado y reintervenido dos veces más por obstrucción intestinal y perforación ileal, realizando ileostomía terminal, fístula mucosa colónica y colocación de malla de poliglicólico sobre paquete intestinal y SPN sobre laparostomía.. Tras 17º día del tratamiento presenta fístula ileal que obliga a la retirada de la malla y tutorización de la fístula con tubo de Kehr a través del sistema de vacío. Al 27º día se consigue cierre total del defecto. Caso 2. Niña de 4 años pluripatológica con trastorno neurológico que es reintervenida por Refunduplicatura de Nissen y gastrostomía. Al 11º día se reinterviene por peritonitis secundaria a perforación gástrica y evisceración con necrosis de pared. Se coloca malla de poliglicólico y laparostomía, al 4º día de la reintervención se le asocia SPN hasta el cierre de la pared con recambios cada 3º-4º día. Al mes de tratamiento se consigue cierre total. **CONCLUSIONES** El SPN en laparostomías complicadas es una herramienta de utilidad que facilita el cierre de la pared abdominal en pacientes multireintervenidos, siendo un procedimiento a tener en cuenta.

7. NUESTRA EXPERIENCIA TRAS 2 AÑOS DE UNIDAD DE ANOMALÍAS VASCULARES.

Autores: Giménez-Aleixandre, M.C.¹; Méndez-Aguirre, N.A.¹; Martínez-Menchón, T.²; Girón-Vallejo, O.¹; Rojas-Ticona, J.¹; Villamil, V.¹; Sánchez-Sánchez, A.¹; Hernández-Bermejo, J.P.¹

¹Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

²Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Comunicación de 5 minutos.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS Las unidades multidisciplinares son una pieza

fundamental en el enfoque diagnóstico terapéutico de las anomalías vasculares. Presentamos nuestra experiencia inicial como Unidad y analizamos el impacto de dicha asistencia en el manejo del hemangioma infantil en nuestro medio. MÉTODO Exponemos los datos obtenidos en nuestro registro de pacientes con anomalías vasculares (AV), correspondientes a un total de 230 niños. Realizamos un estudio descriptivo de los datos, incluyendo un análisis comparativo analizando la evolución de los niños con hemangioma infantil (HI) que iniciaron tratamiento con Propranolol de forma precoz (antes de los 3 meses vs después). RESULTADOS Nuestra epidemiología se corresponde con la descrita previamente, con un predominio de niñas (65%), y una medida de edad de 11 meses. Los HI suponen un 52% de las consultas, de los cuales, un 40% recibió tratamiento con Propranolol, con una edad media de 5 meses. Aquellos que lo iniciaron antes de los 3 meses, precisaron menos tratamientos complementarios ($p=0.024$). CONCLUSIONES Creemos necesario realizar una remisión precoz de aquellos hemangiomas infantiles candidatos a tratamiento con Propranolol. Así pues, recalcamos las ventajas que para el paciente supone recibir un abordaje multidisciplinar en el campo de las anomalías vasculares.

8. LA EFICACIA DEL PROPANOLOL EN EL HEMANGIOMA INTRACRANEAL.

Autores: Villamil V¹, Méndez Aguirre NA¹, Martínez Menchón T², Girón Vallejo O¹,
Rojas-Ticona J¹, Sánchez Sánchez A¹, Giménez Aleixandre MC¹, Hernández Bermejo JP¹

¹ Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

² Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. Comunicación de 3 minutos.

Introducción: El síndrome de PHACE es la asociación de un “H”emangioma segmentario facial con uno o más de las siguientes anomalías: malformaciones de la fosa “P”osterior cerebral, anomalías de “A”rterias cerebrovasculares, anomalías “C”ardiovasculares, anomalías oculares (“E”ye) y se agrega la letra “S” cuando también asocia defectos esternales o del rafe Supraumbilical.

Su diagnóstico se hace en base a la combinación de criterios mayores y menores, dentro del cual se encuentra el hemangioma intracraneal.

Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de síndrome de PHACE afecta con un hemangioma intracraneal, a la cual se le brindó tratamiento con propranolol.

Caso Clínico: Recién nacida de 6 días de vida que acude a consulta de Anomalías Vasculares por aparición de placa eritematosa con telangiectasias en hemicara izquierda y región preauricular derecha sospechosa de hemangioma. Se cita nuevamente a la consulta una semana más tarde, donde se confirma el diagnóstico. De forma hospitalaria se inicia tratamiento con Propranolol a 2 mg/kg/día.

En RMN realizada al 5o día de ingreso se observa imagen sólida en ángulo

pontocerebeloso, izquierdo, bilobulada (en reloj de arena), de 3,3 x 2,6 x 1,7 cm, con efecto masa en región cerebelosa, protuberancia y IV ventrículo izquierdo, compatible con hemangioma.

Se inicia tratamiento con dexametasona como antiedema (1 mg/kg/día) y se aumenta dosis de propranolol a 3 mg/kg/día. A pesar de la disminución progresiva de las dosis de corticoides orales (desde el día 41 de vida hasta la retirada en el día 90), la paciente presentó múltiples efectos adversos: aspecto cushingoide, retraso en el crecimiento, candidiasis orofaríngea con probable afectación esofágica (precisando SNG y tratamiento con fluconazol oral).

En angio-RMN realizada a los 3 meses de vida se observa hipoplasia del segmento A1 de arteria cerebral anterior derecha, confirmando el diagnóstico de PHACE.

Las RMN realizadas de forma seriada muestran disminución progresiva del hemangioma intracraneal hasta la actualidad donde se observa pequeña lesión residual, de 1 x 0,6 x 0,6 cm, sin ejercer efecto masa.

Conclusión: Los hemangiomas intracraneales no son muy frecuentes, por lo que suponen un reto terapéutico dentro del espectro de pacientes con síndrome de PHACE. En este caso hemos visto que el propranolol ha sido eficaz en el hemangioma intracraneal sin evidenciar mayores complicaciones.

9. *EXPANSIÓN TISULAR EN LA EDAD PEDIÁTRICA. INDICACIONES Y TÉCNICA.*

Autores: Martínez Villamandos, Alfonso; Díaz Diñeiro, María; Pintado Benzal, Juan; Jurado Tabares, María; Palomares Garzón, Cristina; Hernández del Arco, Sara; Aguilera Neuenschwander, José Jesús; Martínez del Castillo, María Luisa; García Soldevila, Nuria. Hospital Regional Universitario de Málaga. Comunicación de 3 minutos.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS La expansión tisular es un tratamiento que se basa en el estiramiento continuo de los tejidos mediante dispositivos de silicona rellenables colocados en el tejido subcutáneo para aumentar la superficie de tejidos, con el fin de utilizarlos en procesos de reconstrucción. Nuestro objetivo es describir la técnica y los diferentes usos que tiene el empleo de expansores tisulares en pacientes en edad pediátrica. **MÉTODOS** Los factores a tener en cuenta a la hora de emplear expansores tisulares son: área a tratar, elección de la forma y tamaño del expansor, colocación y vía de acceso, localización de la válvula, superficie a obtener y movilización del colgajo resultante. La expansión se lleva a cabo mediante la colocación en tejido subcutáneo de un expansor que consiste en un globo de silicona elástico conectado a una válvula autosellable de silicona a través de un tubo. La válvula permite el llenado con suero salino isotónico desde el exterior mediante la inyección con agujas hipodérmicas. En un primer tiempo quirúrgico se lleva a cabo la colocación del expansor y su primer llenado. A continuación se realizan expansiones semanales en consultas externas hasta conseguir la cantidad de tejido deseada para la cobertura del defecto que presenta el paciente. Posteriormente se procede a un segundo tiempo quirúrgico en el que se

retira el expansor y se corrige el defecto gracias al tejido obtenido por medio de la expansión tisular. **RESULTADOS** Describimos la técnica quirúrgica de colocación, manejo postoperatorio y retirada del expansor tisular. Presentamos casos de pacientes con diferentes patologías (cicatrices, secuelas por quemaduras, nevus congénito gigante...) en los que la colocación de expansores tisulares permitió la obtención de tejido suficiente para la reparación de las lesiones que presentaban. **CONCLUSIONES** El uso de expansores tisulares es una técnica útil en el tratamiento de los pacientes en los que, por el tipo de lesión que presentan, no es posible la obtención de suficiente tejido sano para su reparación en un único tiempo quirúrgico.

10. LINFEDEMA CONGÉNITO: IMPORTANCIA DE LA LINFOGAMMAGRAFÍA.

Autores: Sánchez-Sánchez A¹, Méndez-Aguirre N¹, Martínez-Menchón T², Nicolas-Ruiz F³, Rojas-Ticona J¹, Villamil V¹, Giménez-Aleixandre MC¹, Hernández Bermejo JP¹

¹-Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca. Murcia

²-Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca. Murcia

³-Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca. Murcia. Comunicación de 3 minutos.

INTRODUCCIÓN El linfedema congénito, englobado dentro de las denominadas enfermedades raras, es un tipo de malformación linfática primaria. Consiste en la acumulación en el espacio intersticial de líquido rico en proteínas (linfa) que aparece al poco tiempo del nacimiento sin un factor etiológico asociado. **CASO CLÍNICO** Presentamos el caso de un lactante de 9 meses de edad, que acude a nuestra consulta para valoración de edema de miembro inferior izquierdo, previamente diagnosticado en otro centro de linfedema secundario a brida amniótica. No presenta antecedentes personales de interés ni familiares afectos por patología similar. A la exploración se observa engrosamiento de piel y tejido celular subcutáneo desde el pie a la rodilla con estrechamiento a nivel de tobillo izquierdo. Llama la atención la presencia del edema tanto a nivel proximal como distal del mismo. Se realiza ecografía doppler sin hallazgos patológicos, y gammagrafía linfática isotópica en la que se objetiva ausencia total de drenaje linfático en miembro inferior izquierdo sin visualización de ganglios linfáticos. Se establece el diagnóstico de linfedema primario congénito y se inicia tratamiento mediante rehabilitación y medias de compresión. El estudio genético se encuentra pendiente de resultados. **DISCUSIÓN** El linfedema congénito se produce por malformación del sistema de drenaje linfático durante el desarrollo embrionario. Aparece frecuentemente durante los dos primeros años de vida. Se denomina Síndrome de Milroy cuando aparece con patrón hereditario autosómico dominante en relación a mutaciones del gen FTL4/VEGFR3, aunque existen múltiples variantes hereditarias asociadas a alteraciones en otros genes. La linfogammaografía isotópica es el goldstandar para el diagnóstico de esta patología. Consiste en la inyección intra-subdérmica de albumina marcada con tecnecio, permitiendo la visualización de los vasos de drenaje así como de los ganglios linfáticos. Es una técnica segura, reproducible y poco invasiva.

MESA REDONDA II

“Visión actual y futura de la especialidad por el residente de cirugía pediátrica”

Moderador: Francisco Javier Murcia Pascual. FEA de la UGC de Cirugía Pediátrica.
Hospital universitario Reina Sofía. Córdoba.

Ponentes:

- Cristina Palomares Garzón. R5 de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga.
- Laura Cabarcas Maciá. R4 de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- Cristina García Dueñas. R3 de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Málaga.
- Sharmila Devi Ramnarine Sánchez. R2 de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

MESA DE COMUNICACIONES 4

“CIRUGÍA UROLÓGICA Y NEONATAL”

Moderadores: Verónica Vargas Cruz y Eulogio Galiano Duro

1. MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LOS QUISTES RENALES EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Autores: Estrella de la Torre Díaz, Verónica Alonso Arroyo, Sonia Pérez Bertólez, Carlos Cadaval Gallardo, María Molina Mata, Juan Carlos Valladares Mendías, Francisco García Merino

Sección de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. Comunicación de 3 minutos.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los quistes renales simples tienen una incidencia del 10% de la población general y son poco comunes en edad pediátrica. La mayoría son asintomáticos pero pueden producir dolor en flanco (frecuente), hipertensión arterial, infección, obstrucción urinaria, hematuria e incluso fracaso renal. Nuestro objetivo es exponer un paciente que presenta tres quistes en polo renal superior izquierdo tratado

mediante exéresis laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Niña de 1 año de edad con diagnóstico erróneo prenatal de riñón multiquistico izquierdo. Presenta episodios febriles a pesar de antibioterapia profiláctica con amoxicilina- clavulánico. La ecografía muestra imágenes quísticas en riñón izquierdo (la mayor de 32 mm), agrupadas, no comunicadas. CUMS normal. La Gammagrafía renal DMSA presenta moderada-severa disminución de la función renal relativa izquierda, sin patrón de displasia multiquistica. La Uro- RM evidencia lesiones quísticas corticales en polo superior y tercio medio del riñón izquierdo y doble sistema excretor derecho. Se decide cirugía conservadora mediante exéresis de quistes renales vía laparoscópica.

Empleo de 3 trócares: Infraumbilical de 11mm, hipocondrio izquierdo de 3 mm y fosa ilíaca izquierda de 5 mm. Incisión por línea de Toldt hasta retroperitoneo, apertura de fascia de Gerota, identificación de tres quistes renales en la periferia del polo superior y tercio medio renal. Exéresis con ligasure.

RESULTADOS: Postoperatorio favorable, retirando sonda vesical a las 24 horas y drenaje a las 48 horas.

CONCLUSIONES: El tratamiento quirúrgico de los quistes renales simples debe restringirse a casos sintomáticos, ante duda diagnóstica y en aumento de tamaño durante el seguimiento. En nuestro caso, se cumplían las 2 primeras premisas.

El tratamiento quirúrgico laparoscópico es de elección en casos sintomáticos debido a la menor tasa de recurrencia y morbilidad, comparado con la cirugía abierta.

2. TRATAMIENTO CON LÁSER YAG EN LAS URETEROLITIASIS EN LA INFANCIA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Cárdenas Elías MA¹; Escassi Gíl A¹; Márquez J²; Vargas Cruz V¹; Paredes Esteban RM¹.

¹ UGC de Cirugía Pediátrica, Urología infantil - Hospital Universitario Reina Sofía.

² Servicio de Urología - Hospital Universitario Reina Sofía. Comunicación de 3 minutos.

INTRODUCCIÓN La litiasis ureteral en la infancia es una de las patologías urológicas fuera del alcance de la litotricia extracorpórea debido a su anatomía en la cavidad abdominal; y la extracción directa por ureteroscopia está limitada por el tamaño de la litiasis. El tratamiento con láser YAG resulta ser una alternativa eficaz. **CASO CLÍNICO** Presentamos dos casos clínicos de litiasis ureterales de 13 y 30 mm. tratados efectivamente mediante láser YAG. Primer caso. Niña de 4 años con antecedente de infección urinaria resistente a tratamiento y hematuria, presentó al estudio ecográfico litiasis ureteral izquierda de 3cm de longitud, sin repercusión renal. Posteriormente precisó de un catéter doble J por la presencia de una ureterohidronefrosis grado III en el contexto de un cólico nefrítico. Se intervino de manera programada con tratamiento

endoscópico con láser YAG. La litotricia por ureteroscopia fragmentó la litiasis de gran tamaño a múltiples litos de apariencia milimétrica, facilitando la eliminación mediante la micción espontánea posteriormente. No presentó complicaciones. El análisis del cálculo determinó un componente de fosfato amónico e hidroxapatita. Segundo caso. Niño de 4 años con antecedente de estenosis pieloureteral dilatada neumáticamente a los 2 años de vida. Presentó al seguimiento episodios de hematuria macroscópica, encontrando en el estudio ecográfico litiasis en la unión ureterovesical de 13mm. Preciso cateterización de doble J por hidronefrosis grado III. Se programó para tratamiento endoscópico con láser YAG, evidenciando lito móvil a la endoscopia en todo el trayecto ureteral. La litotricia por láser YAG facilitó la eliminación de la litiasis. No presentó complicaciones. El estudio del cálculo determinó la composición de Brushita. DISCUSIÓN. Las longitudes de onda y frecuencias del láser YAG fueron variables; entre 2080 y 2110 nm y 5-30 Hz respectivamente. La visión directa facilitó la litotricia con el láser, asegurando la fragmentación milimétrica para su eliminación por uretra. A diferencia de la litotricia extracorpórea por ondas de choque que presenta complicaciones como hemorragia del parénquima renal, y baja tasa de eliminación de litiasis; el láser YAG resultó ser más efectivo en las litiasis ureterales. CONCLUSIÓN El láser YAG guiado por endoscopia facilita el tratamiento de las litiasis ureterales presentando baja tasa de complicaciones y eficaz eliminación de la litiasis ureteral. Recomendamos esta técnica como primera línea para esta patología.

3. SÍNDROME DE CASCANUECES COMO CAUSA DE HEMATURIA MACROSCÓPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Estrella de la Torre Díaz, Verónica Alonso Arroyo, María Molina Mata, Carlos Cadaval Gallardo, Sonia Pérez Bertólez, Juan Carlos Valladares Mendías, Francisco García Merino.

Sección de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Rocío. Comunicación de 3 minutos.

Introducción: El síndrome de cascanueces consiste en la compresión extrínseca de la vena renal izquierda entre la aorta y la arteria mesentérica superior generando una estenosis funcional de la misma, lo que puede producir hematuria, varicocele izquierdo y dolor lumbar izquierdo. El diagnóstico suele ser difícil por la escasa prevalencia y la falta de sospecha clínica. Las alternativas terapéuticas descritas incluyen el soporte nutricional para incrementar el índice de masa corporal, autotrasplante renal, transposiciones vasculares y la colocación de stentsendovasculares. El objetivo de nuestro trabajo es presentar un caso clínico de un paciente afecto de este síndrome.

Caso clínico: Varón de 13 años que consulta por hematuria macroscópica relacionada con el ejercicio físico. Se estudia conjuntamente con Nefrología y se realiza analítica sanguínea y de orina, biopsia renal, ecografía, CUMS y TAC, diagnosticándose de nefropatía IgA y síndrome de cascanueces. El paciente se está manejando de forma conservadora con evolución satisfactoria.

Conclusiones: El síndrome de cascanueces es una causa infrecuente de hematuria, varicocele y dolor lumbar crónico, sin embargo es importante tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial para así poder evitar procedimientos innecesarios en nuestros pacientes.

4. UTILIDAD DE LA NEFROSCOPIA PERCUTÁNEA PARA LA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PELVIS RENAL.

Autores: Laura CabarcasMaciá, Sonia Pérez Bertólez, Jorge Mier Jiménez, Verónica Alonso Arroyo, Grecia Vivas Colmenares, Fernando Marmolejo Franco, Juan Carlos Valladares Mendías, Rafael Barrero Candau, Laura Castro González, Francisco García Merino.

Institución: Sección de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. Comunicación de 3 minutos.

Introducción: La migración proximal del catéter doble J es una complicación rara pero conocida. Se han descrito varios métodos para su extracción en adultos pero su realización es mucho más compleja en niños debido al pequeño calibre de la vía urinaria.

Objetivo: Presentar un caso clínico de un paciente en el cual se empleó la nefroscopia percutánea para la extracción de un catéter doble J migrado a la pelvis renal.

Material y Métodos: Varón de 35 meses con diagnóstico prenatal de hidronefrosis izquierda grado IV 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 pielocalicial 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 3^{er} día postoperatorio se retira la sonda y el paciente es dado de alta sin complicaciones. El control ecográfico al mes de la intervención evidenció dilatación residual no obstructiva.

Conclusiones: La extracción nefroscópica de cuerpos extraños es segura, sencilla y fácilmente reproducible. Esta técnica presenta una menor morbilidad frente a la cirugía abierta.

5. SÍNDROME OHVIRA: REVISIÓN ACTUALIZADA DE UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE Y PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS.

Autores: Palomares Garzón, Cristina; Martínez Villamandos, Alfonso; Díaz Diñeiro, María; Jurado Tabares, María; Mielles Cerchar, Moisés; García Ceballos, Ana; Argos Rodríguez, María Dolores; Pérez Rodríguez, Juan.

Unidad de Cirugía Pediátrica, Hospital Materno-Infantil Regional Universitario de Málaga. Comunicación de 5 minutos.

INTRODUCCIÓN: El término OHVIRA (“Obstruted HemiVagina and Ipsilateral Renal Anomaly”) hace referencia a una anomalía congénita infrecuente que asocia malformación uterina, vagina septada, hemivagina obstruida y anomalía renal ipsilateral. Habitualmente conocida con el epónimo Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich, en el que la malformación genital se asocia a agenesia renal, esta nueva denominación surge recientemente en respuesta a reportes en la literatura de pacientes con distintas anomalías uterinas y renales asociadas. Revisamos esta entidad y exponemos nuestra experiencia.

RESUMEN: Presentamos 6 casos clínicos. El primero se trata de una niña de 12 años que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal bajo de 4 días de evolución, progresivo, 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 lo que se estudian con ecografía en la que se detecta la duplicación uterovaginal, hemivagina ciega y agenesia renal. Las 3 últimas pacientes corresponden a lactantes derivadas a consulta por diagnóstico prenatal de displasia multiquística renal y sospecha de malformación genital asociada, que se confirma tras nacimiento.

Con respecto a la actitud terapéutica, en la primera paciente se realizó drenaje urgente y septostomía vaginal, evolucionando favorablemente y permaneciendo en la actualidad asintomática. En 4 de los casos restantes, se ha realizado exéresis del septo y vaginocistoscopia de forma programada sin incidencias. El último caso y más reciente, se encuentra en espera de programación quirúrgica.

CONCLUSIONES. Esta rara condición suele pasar desapercibida y 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 complicaciones, entre las que se encuentran la endometriosis, el piocolpos y la afectación de la capacidad reproductiva futura.

6. **ABORDAJE RETROPERITONEOSCÓPICO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.**

Autores: Verónica Alonso Arroyo, Estrella de la Torre Díaz, Laura Cabarcas Maciá, Sonia Pérez Bertólez, María José Moya, Juan Carlos Valladares, Francisco García Merino.

Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Comunicación de 5

minutos.

Introducción y objetivos: Las indicaciones de retroperitoneoscopia en urología pediátrica incluyen desde cirugía ablativa clásica renal y adrenal hasta cirugía reconstructiva avanzada. Es de elección para nefrectomías y heminefrectomías en procesos benignos, siendo interesante en malformaciones del tracto urinario inferior. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia desde el año 2000 hasta 2015.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes de 0- 15 años a los que se les realizó nefrectomía retroperitoneoscópica total o parcial entre los años 2000 y 2015 en nuestro centro. Empleo de 3 puertos en todos los casos: 1 trócar de 10 mm y 2 de 5mm. Sonda vesical y drenaje perirrenal en todos los casos. Seguimiento postoperatorio ecográfico +/- flujometría +/- uroTAC.

Resultados: Retroperitoneoscopias en los últimos 15 años: 15; 14 abordajes laterales (decúbito lateral izquierdo/derecho) y 1 abordaje posterior (decúbito prono). Edad media 7,2 años (2- 15 años). Hombres: 4/15. Heminefrectomías: 1. Nefrectomías totales: 14. Indicaciones de heminefrectomía: Doble sistema excretor con anulación funcional de pielón superior (1/1). Indicaciones de nefrectomía total: displasia por reflujo vesicoureteral (3/14), displasia multiquística (6/14), displasia multiquística + reflujo vesicoureteral (1/14), insuficiencia renal secundaria a vejiga neurógena (1/14), incontinencia urinaria con goteo intermiccional continuo secundario a uréter ectópico en vagina (3/14).

El tiempo quirúrgico medio: 150 min (45-360 min). Conversión en 1 caso por dificultades técnicas. No complicaciones postoperatorias salvo ITU en 2 pacientes. Resolución de los casos de incontinencia. Media de estancia postoperatoria: 2,8 días (1-6 días).

Conclusiones: La retroperitoneoscopia es segura en procedimientos renales benignos en niños, reduciendo la morbilidad asociada al abordaje transperitoneal.

Supone una técnica eficaz diagnóstica y terapéutica en el goteo intermiccional continuo por ectopia ureteral de riñón atrófico que no se identifica por otros métodos.

Nuestro índice de conversión y tasa de complicaciones es igual o inferior al de otras series publicadas.

7. MASA ABDOMINAL MÓVIL CON DOLOR RECURRENTE: NEFROPTOSIS Y EL USO DE LA NEFROPEXIA.

Autores: Josué Eduardo Betancourth-Alvarenga¹, Miguel Ángel Cárdenas Elías¹, Álvaro Escassi Gil¹, Verónica Vargas Cruz¹, Juan José Espejo², Rosa María Paredes Esteban¹.

¹UGC de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Reina Sofía.

²Unidad de Radiología Intervencionista, Hospital Universitario Reina Sofía.

Comunicación de 3 minutos.

Introducción. La nefroptosis se define como el descenso renal con cambios ortostáticos de 5 cm o más. Cuando son sintomáticos requiere nefropexia, sin embargo, no existe una técnica estándar. El objetivo de este estudio es presentar una nefropexia con abordaje percutáneo en un caso de Nefroptosis. **Metodología:** Presentación de un caso de Nefroptosis sintomática en una paciente de 13 años. **Resultados:** Niña de 13 años en seguimiento por hematuria microscópica recidivante y dolor abdominal recurrente localizado en fosa iliaca derecha de un año de evolución. El dolor recidivaba cada 2 a 3 meses controlándose con analgesia y múltiples estudios de imagen sin hallazgos patológicos. El examen físico es normal excepto por pequeña masa abdominal que aumenta de tamaño durante el semifowler. Se realiza una ecografía abdominal observando riñones de tamaño, forma y morfología normal y a la bipedestación se aprecia un cambio de posición no confirmado. Se completa estudio con TC de abdomen sin hallazgos patológicos, sin embargo en la radiografía de abdomen en bipedestación (Fase de eliminación) se visualizan el riñón descendido alcanzando la pala iliaca derecha. Debido a la persistencia de la sintomatología se decide realizar nefropexia mediante nefrostomía percutánea a nivel del pielón medio insertando sonda Foley 12 Fr que se dejó durante 3 meses. En el control a los 6 meses, la paciente se encuentra asintomática con control ecográfico (decúbito supino y bipedestación) con riñón derecho situado correctamente, de buen tamaño y sin alteraciones morfológicas. **Conclusiones:** La nefroptosis es una patología infrecuente, que requiere un manejo

8. LAS 4 “P” DE LAS NEC

Autores: Villamil V, Fernández-Ibieta M, Aranda García MJ, Ruiz Pruneda R, Sánchez Morote JM, Rojas-Ticona J, Sánchez Sánchez A, Giménez Aleixandre MC, Hernández Bermejo JP.

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. Comunicación de 5 minutos.

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 NEC quirúrgicas.

Nuestro objetivo es demostrar la correlación que presentan cuatro hallazgos analíticos ordinarios, empleados habitualmente como examen complementario en el diagnóstico y evolución de las NEC.

Material y Método: Estudio retrospectivo de un grupo de NEC intervenidas quirúrgicamente en un período de 10 años (2006-2015). Relacionamos la cifra de **Plaquetas**, el **PH**, la **Protrombina sérica** y **Proteína C Reactiva (PCR)** (las 4 “P”) con los hallazgos quirúrgicos (NEC totalis/longitud intestinal resecado) y con la evolución

postoperatoria, ajustado por peso. Los valores medidos se corresponden a los inmediatamente previos a la cirugía

Análisis estadístico con paquete SPSS 20.0. Resultados

Se incluyeron 53 neonatos, con un peso medio de 1229 gr. y una mediana de edad gestacional de 28+6 semanas. El 51% eran recién nacidos de peso bajo extremo (<1000gr), y el 39% fueron prematuros extremos (<28 semanas). 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.

9. OVARIO AUTOAMPUTADO: PATOLOGÍA A DESCARTAR DENTRO DE LAS TUMORACIONES INTRAABDOMINALES DIAGNÓSTICAS PRENATALMENTE.

Autores: Villamil V, Ruiz Pruneda R, Girón Vallejo O, Rojas-Ticona J, Sánchez Sánchez A, Giménez Aleixandre MC, Hernández Bermejo JP.

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. Comunicación de 3 minutos.

La detección de quistes ováricos en el período prenatal se ha incrementado debido a la alta resolución de las ecografías. Dichos quistes pueden presentar complicaciones, dentro de los cuales se encuentra la torsión.

La autoamputación se define ya sea como un ovario “flotante”, libre dentro de la cavidad abdominal o adherido a estructuras pélvicas que no son propias de su posición anatómica. Esto se cree que es debido a una torsión ovárica crónica prenatal, que resulta en desvascularización del pedículo.

Presentamos dos pacientes con ovario autoamputado unilateral, su seguimiento y tratamiento quirúrgico.

Caso Clínico no1

Lactante de 1 mes en seguimiento por tumoración en fosa ilíaca derecha (FID) de diagnóstico prenatal. En ecografías seriadas de control se evidencia tumoración, de

2cm de diámetro aproximadamente, junto a ovario derecho, parcialmente calcificado, sin poder descartar teratoma quístico de ovario derecho. No se visualiza el ovario izquierdo.

Dada la persistencia de la lesión, a los 2 meses de edad se realiza laparoscopia exploradora, evidenciando una tumoración subhepática, de 2cm de diámetro, adherido a epiplón. Ovario derecho de características normales. Ovario izquierdo no identificado.

Dado el hallazgo de la laparoscopia y el resultado de la anatomía patológica, se llega al diagnóstico de ovario autoamputado izquierdo.

Caso Clínico no 2

Neonato de 1 día de vida a quien se realiza control ecográfico debido a diagnóstico prenatal de quiste ovárico. Evidencia de imagen quística de 4cm, localizada en FID que podría corresponder a quiste de duplicación, sin poder descartar quiste mesentérico o quiste ovárico complicado. Ovario derecho de características normales, ovario izquierdo no visualizado.

En nueva ecografía se evidencia la misma lesión, pero ahora paramediana izquierda.

Dada la sospecha de ovario autoamputado, a los 3 meses de edad, se decide laparoscopia exploradora, observando ovario derecho normal y ausencia de ovario izquierdo. Quiste marronáceo de 3 cm de diámetro adherido a peritoneo junto a vasos ilíacos izquierdos.

Con la anatomía patológica se confirma el diagnóstico de ovario autoamputado izquierdo.

Conclusión

El diagnóstico y tratamiento del ovario autoamputado en los pacientes pediátricos generalmente supone un dilema. Existen teorías a favor del tratamiento quirúrgico en una edad temprana, y otros que deciden actitud expectante dado que existen casos publicados de regresión espontánea.

Creemos que se debe individualizar el manejo según la sintomatología del paciente, el tamaño del ovario, y la historia de regresión en ecografías seriadas de seguimiento.

MESA DE COMUNICACIONES 5

“CIRUGÍA GENERAL”

Moderadores: Lourdes Delgado Cotán y Javier Bueno Recio

1. RESULTADOS APENDICITIS EN LA INFANCIA EN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CIUDAD REAL.

Alberca Páramo, A.; Núñez Guerrero, P.; Martínez de Paz, F.; Muñoz Atienza, V.; Manzanares Campillo, M.C.; Pérez López, M.; Alberca Páramo, A.; Siles Hinojosa A; De Lara Simón I; Martín Fernández, J.

Hospital General Universitario Ciudad Real. Comunicación de 5 minutos.

INTRODUCCIÓN: La apendicitis aguda es una de las urgencias quirúrgicas abdominales más frecuentes en la infancia. La edad media de presentación pediátrica es de 11 a 12 años, siendo extremadamente rara en menores de 1 año. Para su diagnóstico es importante la clínica junto con pruebas complementarias como la analítica y la ecografía.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un análisis retrospectivo de nuestra base de datos desde el 1 enero de 2010 al 31 de diciembre de 2015.

RESULTADOS: En nuestra revisión tenemos un total de 185 pacientes en 5 años. 68 % varones y 32 % mujeres. La edad media es de 9.19 (1-14). El rango de edad en el cual encontramos mayor incidencia de dicha patología es de 7 a 12 años.

El estadio evolutivo de la apendicitis: 25 con apendicitis congestiva o edematosa, 94 flemonosa, 53 gangrenosa, 13 perforada y 1 apéndice normal.

El 80 % de las apendicitis se intervinieron de forma abierta, frente al 20 % que se realizaron de forma laparoscópica.

Se realizan pruebas de imagen en el 85 % de los casos. □ En el 100 % de los casos se reestablece la tolerancia alimentaria tras 6 horas postquirúrgicas.

La estancia media hospitalaria fue de 3.8 días (1-17). La complicación postquirúrgica más importante son los abscesos.

CONCLUSIONES: La apendicitis es la causa más frecuente de abdomen agudo en el niño de 9-11 años. Es más frecuente en este grupo de pacientes la perforación que en la población normal.

2. RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE LA MALFORMACIÓN LINFÁTICA MESENTÉRICA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.

Autores: Verónica Alonso Arroyo¹, Carlos Cadaval Gallardo¹, Paula Borrego, Doudou Gueye², Juan Morcillo Azcarate¹, Hossein Allal².

¹ Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío- Sevilla (España).

² Hospital Lapeyronie- Montpellier (Francia). Comunicación de 3 minutos.

Introducción: Las malformaciones linfáticas son tumores benignos cuya incidencia supone 1/2000- 100.000 nacidos. Localización abdominal en un 20% de los casos. Los síntomas más comunes son aparición de masa abdominal y/o abdomen agudo. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, pudiendo realizarse un abordaje laparoscópico.

Objetivos: Presentar el vídeo correspondiente a la cirugía de resección laparoscópica de una malformación linfática intraabdominal en un paciente varón de 4 años de edad, incidiendo en los pasos claves de dicha intervención.

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

Resultados: Evolución favorable, permitiendo alta hospitalaria a las 48 horas afebril, con abdomen blando, depresible, no doloroso y tolerancia oral adecuada. Actualmente en seguimiento en consultas externas, permaneciendo asintomático tras 5 meses desde la intervención.

Conclusiones:

El tratamiento de la malformación linfática mesentérica es preferiblemente quirúrgico debido al riesgo de crecimiento y compresión de estructuras vitales intraabdominales.

El abordaje laparoscópico puede resultar útil en la malformación linfática intraabdominal incluso en situación de emergencia. Esta técnica ofrece reducción de íleo paralítico postoperatorio, menor incidencia de síndrome adherencial y mejor resultado estético.

Se debe valorar la laparotomía o escleroterapia cuando la resección laparoscópica resulte imposible.

3. DUPLICACIÓN DE COLON. HALLAZGO EN ECOGRAFÍA DIAGNÓSTICA PRENATAL.

Autores: Tejerina López, Rodrigo; Díaz Diñeiro, María; Palomares Garzón, Cristina; Jurado Tabares, María; Pérez Rodríguez, Juan; Argos Rodríguez, María Dolores.

UGC Cirugía Pediátrica. HRU Málaga. Comunicación de 3 minutos.

Las duplicaciones del tracto gastrointestinal constituyen una entidad poco frecuente, dentro de las cuales, la duplicación colónica es una de las más raras (7% del total).

Entendemos por duplicación, la presencia de una estructura tubular o quística, en el borde mesentérico del tracto digestivo y con el cual comparte vascularización, pudiendo presentarse a cualquier nivel del tubo digestivo.

El objetivo de nuestra comunicación es presentar un caso intervenido en nuestro centro, partiendo del hallazgo incidental de una dilatación colónica en el seguimiento de un embarazo normal.

RESÚMEN DEL CASO: RNAT en nuestro centro de 2900 gr de peso, siendo derivada la madre desde el hospital de Melilla por objetivar en ecografía de control del segundo trimestre de gestación una dilatación de colon generalizada. Se realiza RMN materno-fetal que confirma dichos hallazgos.

Al nacimiento, presenta una exploración física sin hallazgos reseñables, realizándose ecografía que descarta perforación intestinal y/o sufrimiento de asas, pero que confirma el hallazgo previo de distensión colónica, por lo que se deja a dieta absoluta a la espera de completar estudios.

A las 24h, se realiza nueva ecografía que informa de la presencia de una estructura quística, tubular, con patrón de capas intestinal que se extiende de flanco derecho a izquierdo y sigue el trayecto teórico del colon.

Ante la sospecha de un quiste de duplicación colónica, se realiza una laparotomía exploradora que confirma nuestra sospecha, hallando una duplicidad con inicio a nivel del ciego, con el que comparte pared y final en ángulo esplénico, irrigado por un meso común.

Se procedió a la exéresis del quiste, respetando en todo momento la vascularización del colon. Preciso de apertura y disección del rodete de mucosa a nivel de la pared común con ciego, con emisión de abundante contenido mucinoide.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria y la anatomía patológica fue compatible con mucosa colónica normal.

CONCLUSIÓN: Dada la escasa incidencia de duplicaciones del tracto gastrointestinal (y dentro de las mismas, siendo la colónica una de las más raras), no deja de ser sorprendente el hallazgo de un caso como éste.

4. TÉCNICA HÍBRIDA LAPAROSCÓPICA Y POR PUERTO ÚNICO PARA LA PROCTOCOLECTOMIA CON ANASTOMOSIS ILEOANAL EN LA COLITIS ULCEROSA.

Autores: Verónica Alonso, María Molina, Rocío Granero, María José Moya, Javier Bueno, Juan Morcillo.

Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío- Sevilla. Comunicación de 3 minutos.

Introducción y objetivos: La proctocolectomía con anastomosis ileoanal y reservorio es la cirugía *gold standard* en la colitis ulcerosa (CU). Nuestro objetivo es presentar una paciente de 10 años con CU extensa refractaria a la terapia médica tratada mediante panproctocolectomía mínimamente invasiva en tres tiempos, realizándose el segundo vía laparoscópica por puerto único.

Métodos: Primer tiempo: proctocolectomía (Hartman) laparoscópica (3 trócares de 12mm en fosas ilíacas y umbilical, 2 de 5mm en hipocondrios) con ileostomía temporal colocada en el trócar de 12mm de FID.

Segundo tiempo: Desmontaje de ileostomía previa, sellándola con grapadora (45mm/3,5 mm) e introduciéndola en cavidad peritoneal. Colocación de puerto único de gel en la incisión de la ileostomía (1 trócar de 12mm y 2 de 5mm). Disección de muñón rectal (bisturí eléctrico/sellador vascular) y resección anterior baja con endograpador *atri-stapler* de 45 mm. Externalización de íleon terminal, creación de reservorio en J de 15 cm de longitud con suturas mecánicas y bolsa de tabaco para colocación de yunque. Reintroducción del muñón y recolocación de puerto. Anastomosis ileoanal con grapadora circular de (28 mm de diámetro/ 3,5 mm). Sección de íleon a 30 cm del reservorio con grapadora de (45 mm/3,5 mm). Fijación lateral del íleon distal al cabo proximal. Fijación de ileostomía de protección a fascia y piel. Tercer tiempo (pendiente de programar): Cierre de ileostomía.

Resultados: Postoperatorio favorable e ileostomía funcionante desde el primer día.

Conclusiones: La proctocolectomía en 3 tiempos en la CU es segura y está justificada por una menor necesidad de tratamiento inmunomodulador, disminución de la morbilidad perioperatoria, de los tiempos quirúrgicos y de la estancia hospitalaria.

La anastomosis ileoanal con reservorio en J (segundo tiempo) vía laparoscópica por puerto único es factible, permite un acceso seguro equiparable a la laparoscopia convencional, facilita la recuperación postoperatoria y ofrece ventajas estéticas.

5. PANCREATITIS CRÓNICA HEREDITARIA EN EL NIÑO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Alberca Páramo, A.; Núñez Guerrero, P.; Pérez López, M.; Alberca Páramo, M.; Gomez Vega, C.; Rozas Rodríguez,
Hospital General Universitario Ciudad Real. Comunicación de 3 minutos.

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis crónica hereditaria (PCH) es una entidad muy rara que se inicia durante la infancia. Se presenta con brotes recurrentes de pancreatitis que pueden producir insuficiencia pancreática.

CASO CLÍNICO: Niño que a los 7 años inicia clínica de pancreatitis de repetición que requiere ingresos hospitalarios recidivantes. Se trata de forma conservadora con Kreon 5 veces al día.

El estudio genético apreció mutación del gen que codifica el tripsinógeno (serín proteína 1:PRSS1) con mutación en el codón 122 (exón 3), dónde se sustituye la arginina por cisteína.

En la endoscopia digestiva alta se visualizó una probable estenosis del conducto pancreático principal en el istmo pancreático. Se realizaron múltiples Colangiopancreatectomía Retrógrada Endoscópica (CPRE) para colocación y recambio de prótesis pancreática plástica además de esfinterotomía y extracción de litiasis pancreática.

A pesar de dicho tratamiento los episodios de pancreatitis son recidivantes por lo que se realizó colecistectomía laparoscópica y al no mejorar dicha clínica se practicó pancreaticoyeyunostomía laterolateral en Y de Roux según la técnica de Partington-Rochelle. Tras dicha intervención no ha vuelto a presentar episodios de pancreatitis

DISCUSIÓN

PCH presenta un patrón autosómico dominante. Existen diversas mutaciones asociadas a esta enfermedad, una de las más conocidas es la ocurrida en el gen que codifica el tripsinógeno (serín proteína 1: PRSS1). Las principales localizaciones se producen en el codón 29 (exón 2) y en el 11 (exón 3).

El tripsinógeno es una proenzima sintetizada en el páncreas que se activa en la luz intestinal y activa al resto de proenzimas.

Afecta por igual a ambos sexos y la clínica se inicia hacia los 10-12 años de edad.

El diagnóstico se basa en la clínica, alteraciones radiográficas y en el reconocimiento de un patrón hereditario autosómico dominante.

La CPRE muestra dilatación del conducto pancreático principal y sus ramas colaterales.

Dicha entidad constituye un verdadero factor de riesgo para el desarrollo de una neoplasia pancreática a partir de los 40- 50 años.

El manejo médico y quirúrgico se basa en una dieta libre de grasas, evitando desencadenantes como tabaco, alcohol y algunos medicamentos, tratar hipertrigliceridemia e hipercalcemia. Algunos autores indican la realización de una esfinterotomía para solventar la hipertoniá del esfínter de Oddi secundaria a la hipertripsinemia mantenida.

CONCLUSIONES: La PCH es una entidad rara cuyo tratamiento inicial deberá ser médico y en casos de recidiva deberemos plantearnos el quirúrgico.

6. EFICACIA DEL SISTEMA DE IRRIGACIÓN TRANSANAL EN EL MANEJO DE LA INCONTINENCIA FECAL EN EL NIÑO.

Autores: Hernández Bermejo, JP., García Gómez M., Ruiz Pruneda, R., Villalml V., Sánchez Sánchez A., Giménez Aleixandre C.

Servicios de Cirugía Pediátrica Santa Lucía-Cartagena- y Virgen de la Arrixaca-Murcia.
Comunicación de 5 minutos.

INTRODUCCIÓN: La incontinencia fecal es un problema devastador que altera seriamente la vida social, actividad física y psicológica del niño y lo que es peor, la del adulto.

Puede ser de dos tipos: incontinencia fecal verdadera (secundaria a malformación anorrectal, secuela de cirugía anorrectal, mielomeningocele, lesionados medulares, etc) y pseudoincontinencia o incontinencia por rebosamiento: esta es con mucho, la causa más frecuente.

Es muy importante el diagnóstico exacto de la causa ya que el tratamiento es diferente. En los casos que no responden a tratamiento médico convencional o en los casos de incontinencia fecal verdadera, el Sistema de Irrigación Transanal se ha mostrado como un procedimiento altamente eficaz para mantener limpios a estos pacientes y mejorar significativamente su calidad de vida.

En esencia, la irrigación transanal(IT) consiste en alcanzar con el líquido de irrigación tramos o zonas del colon a las que no se llega con los sistemas de enemas clásicos

MATERIAL Y MÉTODOS.-

Material:

- Pacientes con Incontinencia fecal(pseudoincontinencia o real) que reúnen requisitos para la aplicación del sistema de Irrigación transanal.

-Equipo de irrigación Transanal (Peristeen)

Método:

-Cumplimentación del Test de incontinencia de Rintala

-Previamente realizamos una ecografía hidrocolónica para calcular de forma individualizada la cantidad exacta de líquido a irrigar en cada paciente.

Es esencial el aprendizaje correcto por parte de los padres del método de irrigación. Mediante un equipo de simulacro, enseñamos a los padres como se realiza la irrigación.

RESULTADOS: En un periodo de tres años hemos aplicado la Irrigación Transanal a un total de 21 pacientes (8 pseudoincontinencia, 7 mielomeningoceles, 5 lesionados medulares, 1 enfermedad de Hirschsprung).

Hemos tenido dos abandonos del programa sin completar el tratamiento. En el resto de casos constatamos una mejoría muy significativa de la puntuación del Test de Rintala mientras que ha sido uniforme el alto grado de satisfacción de los pacientes y padres.

CONCLUSIONES: El Sistema de Irrigación Transanal se ha mostrado como un procedimiento altamente eficaz en el manejo de la Incontinencia fecal.

7. DIAGNÓSTICO: ACALASIA ¿SEGURO?

Autores: Palomares Garzón, Cristina; Díaz Diñeiro, María; Jurado Tabares, María; Martínez Villamandos, Alfonso; Parrado Villodres, Rafael; García Ceballos, Ana M; Primelles Díaz, Arbelio.

Unidad de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil, Regional Universitario de Málaga. Comunicación de 3 minutos.

INTRODUCCIÓN: La acalasia se caracteriza por la pérdida de la peristalsis normal del esófago distal y la incapacidad del esfínter esofágico inferior para relajarse adecuadamente. Menos del 5% de los casos se presentan antes de la adolescencia, siendo la incidencia estimada en niños de 0.1 por cada 100.000. Se puede diferenciar entre la acalasia primaria y la secundaria a enfermedades sistémicas como neoplasias, el síndrome de Allgrove, la enfermedad de Chagas, procesos reumáticos y displasias neuronales, entre otras.

RESUMEN DEL CASO: Presentamos el caso de una paciente de 13 años en seguimiento en otro centro por sospecha de acalasia, con clínica de 3 meses de evolución de disfagia, epigastria, vómitos e intolerancia oral progresiva, que se confirma mediante esofagograma, manometría y endoscopia digestiva alta. Es programada para realización de dilatación esofágica endoscópica.

Dos meses después reingresa en dicho centro por vómitos incoercibles, distensión abdominal y dolor generalizado. Se realiza TAC abdominal observándose masa de partes blandas en unión gastroesofágica de 4x4cm, ascitis moderada y nódulo hipercaptante en peritoneo pélvico, por lo que derivan a nuestro hospital para completar estudio.

Al ingreso se realiza paracentesis evacuadora y diagnóstica (negativa para marcadores linfoproliferativos y células malignas), PET- TC en el que se observa masa hipercaptante en unión gastroesofágica y biopsia excisional del nódulo abdominal compatible en estudio anatomopatológico con metástasis de adenocarcinoma gástrico

difuso. El estudio de extensión con TC torácico resultó positivo con metástasis pulmonares.

Actualmente se encuentra recibiendo tratamiento quimioterápico paliativo (protocolo FOLFIRI), con buena respuesta.

CONCLUSIONES: Este caso resulta de interés puesto que las causas extrínsecas de acalasia son raras, y más excepcional aún la presentación del adenocarcinoma gástrico en una paciente de esta edad. Entre las neoplasias malignas gastrointestinales en la edad pediátrica, el adenocarcinoma gástrico constituye menos del 0.05%, predominando en el sexo femenino, y la variedad histológica indiferenciada es la más frecuente. Debido a la inespecificidad de la clínica, su diagnóstico se realiza de forma tardía y consecuentemente su pronóstico es sombrío por la frecuente presencia de metástasis al diagnóstico.

8. GASTROSTOMÍA EN LA EDAD PEDIÁTRICA Y SU RELACIÓN CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO.

Autores: Cabarcas Maciá, Laura; Morcillo Azcárate Juan; Cadaval Gallardo, Carlos; Molina Mata, María; Roldán Pérez, Sebastián; Moya Jiménez, María José.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Comunicación de 5 minutos.

Objetivos: Presentar nuestra serie de pacientes intervenidos mediante gastrostomía percutánea endoscópica (PEG) durante los últimos 10 años, describiendo sus indicaciones, comorbilidades y complicaciones. Estimar la prevalencia de reflujo gastroesofágico (RGE) en los pacientes estudiados y su influencia en el desarrollo de complicaciones tras realizar la gastrostomía. **Materiales 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:** Durante un período de 10 años se llevaron a cabo 149 PEG, en 88 varones y 61 mujeres, con una mediana de edad de 2 años (0 – 18 años). La indicación más frecuente fue desnutrición (89,2%), seguida por trastorno de la deglución (45,3%). La comorbilidad más frecuentemente encontrada fue enfermedad neurológica (54%). 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 37 meses hubo 19,6% éxitos, de los cuales 48% asociaban exacerbación de síntomas respiratorios como causa de muerte, OR de prevalencia de 3,3 (p0,004). **Conclusiones:** La mayoría de pacientes que requieren una PEG son de alto riesgo debido a sus comorbilidades; la asociación a reflujo gastroesofágico empeora su pronóstico ocasionando fallo de medro, riesgo de aspiración bronquial e incluso la muerte. Resulta de gran importancia optimizar la evaluación prequirúrgica para RGE con el fin de prevenir los síntomas derivados, evitar reintervenciones y poder mejorar el estado nutricional y la calidad de vida de estos pacientes.

9. UN TUMOR ABDOMINAL RARO EN LA EDAD PEDIÁTRICA: LA MOLA HIDATIFORME.

Autores: Sánchez-Sánchez A*, Girón-Vallejo O*, Bermúdez-Cortés M**, Fernández-Ibieta M*, Rojas-Ticona J*, Villamil V*, Giménez Aleixandre*, Hernández-Bermejo JP*.

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

**Servicio de Oncología Infantil. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia, A. Comunicación de 3 minutos.

INTRODUCCIÓN La mola hidatidiforme se encuadra dentro del grupo patológico denominado enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), originado por proliferación de trofoblastos placentarios, con potencial de invasión local y metastatización a distancia, en estos casos hablamos de neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) **OBJETIVOS** Presentamos un caso clínico de NTG, por su rara incidencia en pediatría y realizamos revisión bibliográfica de la patología. **CASO CLINICO** Escolar de 11 años con diagnóstico incidental de masa pélvica. Antecedente de pubertad precoz con menarquia a los 9 años. Derivada a Urgencias por masa pélvica no dolorosa. En la analítica presentó anemia leve y niveles de bHCG muy aumentados. Se realizó ecografía abdominal que mostró una masa intrauterina de gran tamaño, con patrón microquístico. En la RMN aparecieron múltiples quistes intrauterinos en tormenta de nieve y el PET-TAC mostró lesiones nodulares pulmonares metastásicas y aumento de la captación metabólica intrauterina sugestivo de malignidad. Ante la sospecha de ETG, se realizó legrado aspirativo de la lesión, obteniéndose los clásicos restos vesiculares. Histológicamente presentaba tejido placentario con vellosidades coriales edematosas, compatible con ETG tipo mola hidatidiforme completa malignizada. Para el tratamiento, fue catalogada como NTG estadio III de alto riesgo y FIGO 8. Se inició quimioterapia con controles seriados de bHCG, ecografía y TAC torácico, presentando buena evolución, normalizándose la bHCG y desapareciendo la masa uterina y parcialmente las lesiones pulmonares. **DISCUSIÓN** La mola hidatidiforme es una patología premaligna, producida por alteración de la fertilización. Se clasifica en parcial o completa, siendo esta última androgenética. El riesgo de malignización es mayor en la completa, pudiendo derivar en mola invasiva o en coriocarcinoma. Clínicamente puede producir sangrado vaginal y dolor abdominal. Cursa con bHCG muy elevada. El tratamiento consiste en legrado de la lesión, asociado a quimioterapia en caso de NTG. La tasa de supervivencia con tratamiento es prácticamente del 100%