

www.secipe.org

CONGRESO DECLARADO DE
"INTERÉS CIENTÍFICO SANITARIO"
POR LA CONSEJERÍA DE SALUD,
DIRECCIÓN GENERAL
DE INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN
DEL CONOCIMIENTO DE LA JUNTA
DE ANDALUCÍA

**LVII CONGRESO
DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE CIRUGÍA
PEDIÁTRICA**

**V CONGRESO NACIONAL
DE ENFERMERÍA
EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA**



Granada - 24 al 26 de mayo 2018
Palacio de Congresos de Granada





**LVII CONGRESO DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA**
**V CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA
EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA**



Granada,
24 al 26
de mayo 2018



Palacio de Congresos
de Granada

BIENVENIDA DEL COMITÉ ORGANIZADOR DEL CONGRESO

Estimados amigos y compañeros,

El próximo mes de mayo de 2018 celebraremos en Granada el LVII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica, junto con el V de Enfermería en Cirugía Pediátrica.

En la organización de este congreso, tanto los profesionales de cirugía como de enfermería, estamos poniendo toda nuestra ilusión para que os sintáis lo mejor posible y disfrutéis, no solo de los aspectos científicos, sino también, en el tiempo libre, de esta maravillosa ciudad que es Granada.

Esperamos que las mesas redondas y las actividades formativas que estamos organizando, resulten interesantes para la mayoría de los asistentes y un aliciente más para asistir a este congreso.

El Palacio de Congresos de Granada, nuestra sede, es un lugar emblemático, situado en el centro de la ciudad, bien comunicado y con mucha oferta hotelera, comercial y de ocio en las proximidades.

Toda la información que vaya estando disponible, aparecerá en la página Web de nuestra sociedad y en la de la secretaría del congreso.

Os esperamos en Granada para ponernos al día en cuestiones de la especialidad y para volver a estrechar relaciones personales entre los asistentes.

El Comité Organizador



BIENVENIDA DE LA PRESIDENTA DE LA SECP

Queridos compañeros:

Nuevamente nuestro congreso vuelve a Andalucía. Fue en aquel lejano 1996 (parece que fue ayer) cuando lo celebramos en Granada y ahora en nombre de la Junta Directiva invito a esta nueva cita andaluza en el LVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica. Es además, enormemente placentero compartir de nuevo con enfermería nuestro Congreso Nacional, siendo el V Congreso Nacional de Enfermería en Cirugía Pediátrica. El congreso, a semejanza de Granada y su historia donde se entremezclan distintas culturas, religiones y climas tan dispares y en perfecta armonía, queremos que refleje todas las sensibilidades que coexisten en la Cirugía Pediátrica Española y en Enfermería en Cirugía Pediátrica con el objetivo de que tanto los Cirujanos Pediátricos como Enfermería se sientan totalmente integrados y representados.

Junto con el Comité Organizador, pretendemos hacer un congreso con una amplia y variada oferta de actividades científicas que responda a las necesidades de formación, a la resolución de los problemas con los que día a día se enfrenta el cirujano pediátrico y que dicha formación tenga aplicación en la práctica diaria. Debatir la problemática profesional, analizándola y planteando alternativas y propuestas de solución, impulsando la investigación mediante la consolidación de los ya tradicionales premios.

El congreso será el marco del análisis y evaluación del proyecto de desarrollo profesional continuo que analiza el nivel de competencias del cirujano pediátrico y tras el análisis y conocimiento de los déficits realizar las correspondientes ofertas formativas. Lo hacemos con la ilusión de dar respuesta y garantizar las expectativas depositadas en nuestro congreso de cada uno de los actores del mismo: congresistas, ponentes, junta directiva nacional, industria farmacéutica, proveedores, etc.

Queremos hacer, en resumen, un congreso amable, integrador, tolerante y participativo, con una calidad científica contrastada y una oferta lo suficientemente amplia que responda a la mayoría de las expectativas de los congresistas, con ese objetivo estamos trabajando para que nuestros congresos sigan siendo, como lo son hasta ahora, el referente de la Cirugía Pediátrica Española.

Os acogemos con ilusión y os recibimos encantados de propiciar este encuentro, donde desde el diálogo y el encuentro multidisciplinar se garantice una mayor calidad a nuestros pequeños pacientes donde la calidad en su salud es nuestra mejor causa. En nombre de la Junta Directiva os animo a participar en el LVII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA y V DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA, esperando que la organización y desarrollo de la reunión sea de vuestro agrado y tengáis en ella una alta y activa participación.

Os esperamos,

Rosa María Paredes Esteban

Presidenta de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica

Junta Directiva de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica



ÍNDICE

LVII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica

Bienvenida del Comité Organizador del Congreso	1
Bienvenida de la Presidenta de la SECP	2
Presidencia del Comité de Honor	4
Comité de Honor	5
Junta Directiva / Comité de Selección de la SECP	6
Comité Organizador del LVII Congreso de la SECP	7
Cronograma Pre-Congreso	8
Cursos Pre-Congreso	9
Cronograma Congreso.....	10
Programa jueves, 24 de mayo.....	13
Programa viernes, 25 de mayo.....	36
Programa sábado, 26 de mayo	72
Pósteres Electrónicos	91

V Congreso de Enfermería en Cirugía Pediátrica

Comité Organizador / Comité de Selección	162
Cronograma Congreso Enfermería	163
Talleres Pre-Congreso Enfermería	164
Programa jueves, 24 de mayo.....	165
Programa viernes, 25 de mayo.....	168
Pósteres Electrónicos	170

Normas comunicaciones específicas de presentación de comunicaciones	174
Información General del Congreso	175
Empresas colaboradoras	177
Plano Exposición Comercial.....	178
Plano situación de Alojamiento Oficial y Sede del Congreso ..	180



CASA DE S. M. EL REY

C R E D E N C I A L

Nº 064/2018

Su Majestad la Reina, accediendo a la petición que tan amablemente Le ha sido formulada, ha tenido a bien aceptar la

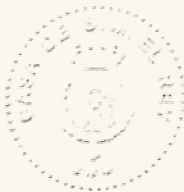
PRESIDENCIA DEL COMITÉ DE HONOR

del "**LVII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA Y V CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA**", que se celebrará en Granada del 24 al 26 de mayo de 2018.

Lo que me complace participarle para su conocimiento y efectos.

PALACIO DE LA ZARZUELA, 2/ de febrero de 2018

EL JEFE DE LA CASA DE S.M. EL REY,



SEÑORA PRESIDENTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA.

MADRID



PRESIDENCIA COMITÉ HONOR

S.M. LA REINA D.^a LETIZIA

COMITÉ DE HONOR

EXCMA. SRA. DOLORS MONTSERRAT MONTSERRAT
Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

EXCMA. SRA. SUSANA DÍAZ PACHECO
Presidenta de la Junta de Andalucía

EXCMA. SRA. MARINA ÁLVAREZ BENITO
Consejera de Sanidad de la Junta de Andalucía

D.^a FRANCISCA ANTÓN MOLINA
Directora gerente del Servicio Andaluz de Salud (SAS)

EXCMO. SR. FRANCISCO CUENCA RODRÍGUEZ
Alcalde de Granada

D. HIGINIO ALMAGRO CASTRO
Delegado Territorial de Igualdad Salud y Políticas Sociales en Granada

D.^a PILAR ARANDA RAMÍREZ
Rectora Magnífica de la Universidad de Granada



JUNTA DIRECTIVA DE LA SECP

DRA. ROSA MARÍA PAREDES ESTEBAN
Presidente

Dr. Juan Carlos de Agustín Asensio
Vicepresidente

Dra. Marta de Diego Suárez
Secretaria General

Dr. Luis García Aparicio
Tesorero

Dra. Carmen Soto Beauregard
Editora Jefe de la Revista

Dr. Javier Gómez Veiras
Director Página Web

COMITÉ DE SELECCIÓN DE LA SECP

Dr. Javier Bueno Recio

Dra. Lidia Ayuso González

Dra. María José Martínez Urrutia

Dr. Miguel Couso Jerez

Granada,
24 al 26
de mayo 2018

Palacio de Congresos
de Granada



www.secipe.org

Granada



COMITÉ ORGANIZADOR DEL LVII CONGRESO DE LA SECP

Dr. Ricardo Fernández Valadés
Presidente

Dr. Antonio Miguel Ruiz Montes
Secretario

Dr. Kamel Mátar Sattuf
Tesorero

Dr. Francisco Javier Castejón Casado
Vocal

Dr. Daniel Vallejo Díaz
Vocal

Dra. Esther Licerias Licerias
Vocal

Dra. Cristina García Dueñas
Vocal

Dra. Belén Gironés Camarasa
Vocal

Dra. Elena Castilla Parilla
Vocal



MÉRCOLES 23 DE MAYO DE 2018

	EDIFICIO DE GOBIERNO. 6ª PLANTA. H.U. VIRGEN DE LAS NIEVES GRANADA	EDIFICIO DE GOBIERNO. 6. PLANTA. CIRUGÍA EXPERIMENTAL. SÓTANO EDIFICIO LICINIO DE LA FUENTE H.U. VIRGEN DE LAS NIEVES GRANADA
	CURSO PRE-CONGRESO: TALLER DE SUTURA LAPAROSCÓPICA AVANZADA	CURSO PRE-CONGRESO: : TALLER ACCESOS VASCULARES ECOGUIADOS
09:00	BIENVENIDA - INTRODUCCIÓN A LA SUTURA	PARTE TEÓRICA
09:05	CHARLAS TEÓRICAS	
09:30		
10:00	PRÁCTICAS EN ENDOTRAINER	PAUSA CAFÉ
10:30		
11:00	PAUSA CAFÉ	5 ESTACIONES
11:30		
11:45	PRÁCTICAS EN ENDOTRAINER	
12:00		
12:30		
13:00	PRUEBA DE NIVEL	
14:00	COMIDA	
14:30		
15:00	BIENVENIDA - INTRODUCCIÓN A LA SUTURA	CURSO PRE-CONGRESO: TALLER ACCESOS VASCULARES ECOGUIADOS
15:05	CARLAS TEÓRICAS	INTRODUCCIÓN PRÁCTICAS
15:30		
16:00	PRÁCTICAS EN ENDOTRAINER	PRÁCTICAS EN CERDOS Y PHANTOMS
16:30		
17:00		PAUSA CAFÉ
17:30	PAUSA CAFÉ	PRÁCTICAS EN CERDOS Y PHANTOMS
17:45		
18:00	PRÁCTICAS EN ENDOTRAINER	
18:30		



CURSOS PRE-CONGRESO

MIÉRCOLES, 23 DE MAYO DE 2018

TALLER DE SUTURA LAPAROSCÓPICA AVANZADA

Lugar: Edificio de Gobierno. 6ª planta.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada.

Organizadores

Dr. Daniel Cabezalí - Dr. Indalecio Cano
Dra. Araceli García - Dra. Cristina Tordable
Hospital 12 de Octubre

Profesorado

Dra. Belén Aneiros¹ - Dr. Daniel Cabezalí¹
Dr. Indalecio Cano¹ - Dra. Araceli García¹
Dra. Cristina Tordable¹ - Dr. Juan C de Agustín Asensio²
¹Hospital 12 de Octubre; ²H.U. Gregorio Marañón

TALLER ACCESOS VASCULARES ECOGUIADOS

Lugar: Edificio de Gobierno. 6. Planta.
Cirugía Experimental. Sótano Edificio Licinio de la Fuente
Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada

Organización

Óscar Girón. Cirujano Pediátrico. Murcia
Ramón Ruiz Pruneda. Cirujano Pediátrico. Murcia
María del Carmen Martínez Segovia. Anestesiista Murcia
Jesús Rufino Ruíz. Anestesiista. Granada
Indalecio Sánchez Montesinos. Catedrático Anatomía. Granada



LVII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

V CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA



CRONOGRAMA CONGRESO

	JUEVES 24 DE MAYO DE 2018	VIERNES 25 DE MAYO DE 2018	SÁBADO 26 DE MAYO DE 2018
	PALACIO DE CONGRESOS DE GRANADA: SALA ALBÉNIZ (PLANTA -2)		
8:00	RECOGIDA DOCUMENTACIÓN (SECRETARÍA TÉCNICA)		
8:30	BIENVENIDA		
8:45		COMUNICACIONES 5. UROLOGÍA 2	
9:00	COMUNICACIONES 1. CIRUGÍA GENERAL		
9:30			COMUNICACIONES 11. PÓSTERES PRESENTADOS
9:45	ACTO INAUGURAL		
10:00		COMUNICACIONES 6. TORAX 1	
10:30	PAUSA CAFÉ (HALL EXPOSICIÓN COMERCIAL)		
10:45			MESA REDONDA 4: DÓNDE ESTAMOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS CON FISURA LABIOPALATINA
11:00	MESA REDONDA 1: TRASTORNOS DE LA FUNCIÓN ANORECTAL SECUNDARIOS A CIRUGÍA	PAUSA CAFÉ (HALL EXPOSICIÓN COMERCIAL)	
11:30		MESA REDONDA 3: TERAPIAS AVANZADAS EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	PAUSA CAFÉ (HALL EXPOSICIÓN COMERCIAL)
12:00			ENTREGA DE PREMIOS / CLAUSURA/ SESIÓN ADMINISTRATIVA
12:15	COMUNICACIONES 2. ONCOLOGÍA		
12:30		COMUNICACIONES 7. TORAX 2	
13:00	COMUNICACIONES 3. MISCELÁNEA: NEONATAL Y FETAL. CALIDAD, GESTIÓN Y BIOÉTICA		
13:30	COMIDA DE TRABAJO		
14:00			
14:30			
15:00			
15:30	COMUNICACIONES 4. UROLOGÍA 1	COMUNICACIONES 8. MISCELÁNEA TÓRAX / DIGESTIVO	
16:00			
16:30			
16:45		COMUNICACIONES 9. DIGESTIVO 2	
17:00	MESA REDONDA 2: ELEMENTOS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA		
17:15		DESCANSO	
17:30			
17:45		COMUNICACIONES 10. MISCELÁNEA PLÁSTICA / EXPERIMENTAL	
18:00			
18:30			
19:00			
19:30			
21:00	ACTO APERTURA (CARMEN DE LOS MÁRTIRES)		
21:30		CENA CLAUSURA (CARMEN DE LOS CHAPITELES)	
22:00			
23:00			
0:00			



PROGRAMA



**PALACIO DE CONGRESOS
Y EXPOSICIONES
GRANADA**



PROGRAMA

JUEVES, 24 DE MAYO

(Sala Albéniz + Machuca. Planta -2)

08:00 a 08:30 h

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN (Secretaría Técnica - Planta 2)

08:30 a 08:45 h

BIENVENIDA

08:45 a 09:45 h

**MESA COMUNICACIONES 1.
CIRUGÍA GENERAL**

Moderadores:

Dra. Martín Cano, Fátima. Jaén

Dra. Delgado Alvira, Reyes. Zaragoza

- **TORSIÓN DE OVARIO EN NIÑAS: RESULTADOS A MEDIO-LARGO PLAZO TRAS UN MANEJO CONSERVADOR**

Giménez-Aleixandre, María Cristina; Ruiz-Pruneda, Ramón; Aranda García, María José; Girón-Vallejo, Óscar; Zambudio-Carmona, Gerardo Antonio; Fernández-Ibieta, María; Méndez-Aguirre, Nery Alfredo; Guirao-Piñera, María José; Sánchez-Morote, Juana María; Villamil, Vanesa; Sánchez-Sánchez, Ángela; Montoya-Rangel, Carlos Andrés; Hernández-Bermejo, Juan Pedro Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: Revisión de los resultados obtenidos a medio-largo plazo tras la detorsión ovárica y manejo conservador.

Métodos: Revisión retrospectiva de pacientes diagnosticadas de torsión de ovario entre 2000 y 2017 en nuestro centro. Análisis de evolución a medio plazo con control ecográfico.

Resultados: Se realizaron un total de 31 intervenciones en 26 pacientes. El motivo de consulta en urgencias fue dolor abdominal, 18% presentaron fiebre y 57.6% vómitos. Se confirmó la torsión de ovario en 26 de las intervenciones (83%), con una concordancia entre el diagnóstico ecográfico y quirúrgico de $k=0.28$ [IC95% 0-0.5]. La ecografía obtuvo un 32.3% de falsos negativos para torsión de ovario (n=10). Se realizaron 12 ooforectomías (46.15%) y 14 detorsiones (53.84%). En controles ecográficos realizados tras una mediana de 1.6 años (8 meses-3 años) se objetivó una diferencia de volumen media del 27.73% [1.6-55.17%], siendo el ovario detorsionado de menor tamaño en 87.5% de los casos. Dos pacientes precisaron reintervención tras la detorsión por persistencia de alteración radiológica, con diagnóstico posterior de tumor ovárico (14.2%), un teratoma maduro y un citadenoma seroso. Uno de los



ovarios extirpados se diagnosticó de disgerminoma. Los marcadores tumorales fueron negativos en todas las pacientes con diagnóstico ecográfico de masa ovárica.

Conclusiones: En nuestro estudio, la concordancia entre el diagnóstico ecográfico y quirúrgico ante una sospecha de torsión de ovario fue menor de la esperada. El tratamiento conservador en esta patología ha demostrado tener resultados satisfactorios a largo plazo, aunque según nuestros resultados, el volumen del ovario detorsionado pueda verse afectado.

- **VALOR DEL ÍNDICE DE CORRECCIÓN EN LA INDICACIÓN QUIRÚRGICA DEL PECTUS EXCAVATUM: CORRELACIÓN CON EL GOLD-STANDARD**

Mínguez Gómez, María Antonia; Fonseca Martín, Rosa; Gutiérrez Sanromán, Carlos; Barrios Fontoba, José Enrique; Ortolá Fortes, Paula; Rodríguez Iglesias, Patricia; Rodríguez Caraballo, Lucía; Miró Rubio, Ignacio; Crehuet Gramatyka, David; Vila Carbó, Juan José
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. **Oral 5 minutos**

Objetivos: El Índice de Haller (IH) se utiliza ampliamente para indicar la intervención quirúrgica en pacientes con Pectus Excavatum (PE). Sin embargo, en pacientes con una morfología torácica atípica puede estimarse erróneamente la severidad del defecto. Planteamos comparar este índice con el Índice de Corrección (IC).

Métodos: Analizamos datos clínicos y TC torácicos de 50 pacientes que consultan por PE en nuestro centro en los últimos 7 años. Para cada paciente, se recalcula el Índice de Haller (IH), el Índice de Corrección (IC) y el Índice Torácico Ideal (ITI). El ITI permite formar dos grupos en base a la morfología torácica excluyendo el componente del PE, separando aquellos con tórax demasiado anchos o estrechos, de los pacientes estándar. Se genera un grupo estándar (36 pacientes) y un grupo no-estándar (14 pacientes), entre los que se correlacionan el IH y el IC.

Resultados: El IH y el IC medio de todos los pacientes fue de 3,99 y 27%, respectivamente. Se intervinieron 31 de los 50 pacientes (62%), 8 de ellos con un IH inferior a 3,25. Al comparar ambos grupos, existe una correlación alta entre IH e IC en el grupo estándar (r de Spearman 0,789; $p < 0,01$) y una correlación muy alta en el grupo no-estándar (r de Spearman 0,858; $p < 0,01$).

Conclusiones: En nuestra cohorte, no se ha podido probar que la correlación del IH y el IC sea diferente entre ambos grupos de pacientes. El IC no ha demostrado tener mayor validez que el IH en la indicación quirúrgica de pacientes con PE.

- **ESPLENECTOMÍA EN ENFERMEDADES HEMOLÍTICAS. INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD DE GILBERT EN LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES BILIARES**

Ortolá, Paula; Carazo, M^a Elena; Ibáñez, Vicente; Rodríguez, Lucía; Vila, Juan José
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. **Oral 5 minutos**

Objetivos: En pacientes con enfermedades hemolíticas (EH) se recomienda la esplenectomía entre los 6-12 años. En aquellos con enfermedad de Gilbert (EG) se ha descrito mayor riesgo de complicaciones biliares (CB), sin establecerse la edad quirúrgica óptima.

Pretendemos cuantificar el riesgo de CB en pacientes con EH y EG para valorar el beneficio de esplenectomía temprana.

Métodos: Estudio retrospectivo de las esplenectomías realizadas en EH entre 2000-2017. Se analizó la incidencia de CB, su repercusión clínica (ingreso o tratamiento invasivo) y el momento de aparición. Se consideraron dos grupos: pacientes con EG y sin EG. Se obtuvieron curvas de supervivencia mediante Kaplan-Meier y se compararon con log-rank.

Resultados: Se esplenectomizaron 44 pacientes, 15 de ellos (34,1%) con EG. La edad mediana en la cirugía fue 10,3 años (IQR 8-12,8). 29 casos (65,9%) presentaron CB. El 50% de los pacientes con EG las presentaron antes de los 8 años (mediana de supervivencia) vs. 16 años en los casos sin EG (log-rank 3,9; $p=0,05$). Los pacientes con EG presentaron más CB (86,7% vs. 50%; $X^2=5,51$, $p=0,019$). En 8 CB de cada grupo (53% con EG y 31% sin EG) se necesitó ingreso ($X^2=2$, $p=0,1$); en 2 CB de cada grupo (13% con EG y 7,6% sin EG) se requirió tratamiento invasivo ($X^2=0,3$, $p=0,6$).

Conclusiones: En nuestra serie, los pacientes con EG presentan más CB. Existe una tendencia a la presentación más temprana de CB en este grupo, pero ni este dato ni su repercusión clínica nos permiten recomendar la esplenectomía temprana.

• FACTORES PRONÓSTICOS DE LA TÉCNICA DE KASAI EN PACIENTES CON ATRESIA DE VÍAS BILIARES

Álvarez Barrial, María; Andrés, Ane; Núñez Cerezo, Vanesa; Nava Hurtado de Saracho, Francisco de Borja; Serradilla, Javier; Bueno Jiménez, Alba; Muñoz, Antonio Jesús; Delgado, Carlos; Sánchez Galán, Alba; Vilanova, Alejandra; Encinas, José Luis; Hernández Oliveros, Francisco; Gámez, Manuel; Martínez Martínez, Leopoldo; López Santamaría, Manuel
Hospital Universitario La Paz. Madrid. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: Determinar factores relacionados con la progresión a trasplante hepático (TH) de pacientes con Atresia de Vías Biliares (AVB) tras intervención de Kasai.

Métodos: Estudio retrospectivo (2000-2017) de pacientes con AVB sometidos a procedimiento de Kasai en nuestro centro. Se excluyeron aquellos en los que se realizó TH primario o fueron intervenidos en otro hospital. Analizamos parámetros clínicos, analíticos y radiológicos pre-postquirúrgicos, comparando aquellos que secundariamente recibieron TH (grupo TH) con los que no (grupo no TH).

Resultados: Revisamos 96 pacientes con AVB (excluidos 22 por TH primario y 9 referidos). Realizamos portoenterostomía de Kasai a 61 pacientes (abordaje laparoscópico en 33%) a una mediana de edad de 8 semanas (0-16). Tras la portoenterostomía, un 64% requirió TH tras una mediana de 8 meses (4-166), siendo 53,1% de donante vivo.

No encontramos diferencias en cuanto a prematuridad (12,2%), anomalías asociadas (21,1%) e IgG+ para Citomegalovirus (7,1%) entre ambos grupos ($p > 0,05$). Entre los parámetros analíticos y radiológicos estudiados, observamos diferencias significativas en la mejoría de los niveles de albúmina ($p < 0,05$), así como cambios en las mediciones de bilirrubina y en el índice de resistencia de la arteria hepática ($p > 0,05$), más favorables en el grupo no TH. Tras una mediana de seguimiento de 76 meses (4-211), la supervivencia global fue 95,2% en ambos grupos ($p > 0,05$).



Conclusiones: La medición seriada de albúmina podría predecir el resultado del procedimiento de Kasai. Es necesario seguir investigando otros factores que ayuden a determinar la evolución de la enfermedad tras la portoenterostomía y necesidad de TH a largo plazo.

- **LAPAROSCOPIA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN LAS HERNIAS INGUINALES INDIRECTAS**

Aneiros Castro, Belén; Cano Novillo, Indalecio; García Vázquez, Araceli; Melero Guardia, Leonor; Tejedor Sánchez, Raquel; López Díaz, María; Redondo Sedano, Jesús; Martín Alelu, Rubén; Benavent Gordo, María Isabel; Gómez Fraile, Andrés
Hospital 12 de Octubre. Madrid. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es analizar la correlación diagnóstica entre los hallazgos laparoscópicos y el diagnóstico clínico preoperatorio de los pacientes con hernias inguinales indirectas con el objetivo de evaluar las ventajas diagnósticas de la cirugía mínimamente invasiva en estos pacientes.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo y comparativo de los pacientes con diagnóstico preoperatorio de hernia inguinal indirecta que fueron intervenidos mediante laparoscopia en un período de 16 años (2000-2015). Los criterios establecidos para indicar abordaje laparoscópico fueron: hernia inguinal indirecta bilateral, hernia inguinal indirecta unilateral asociada a hernia umbilical, recidiva de hernia inguinal indirecta y duda diagnóstica.

Resultados: Evaluamos los canales inguinales de 512 pacientes. El diagnóstico preoperatorio fue hernia inguinal indirecta derecha en 174 pacientes, izquierda en 97 y bilateral en 241; mientras que en el postoperatorio encontramos 133 derechas, 71 izquierdas, 296 bilaterales y en 12 casos no se halló hernia. De los 753 canales inguinales patológicos, 688 (91,4%) fueron confirmados durante la laparoscopia y 65 (8,6%) fueron erróneos. Sin embargo, de los 271 canales inguinales con exploración preoperatoria normal, en 163 (60,1%) no se observó hernia mientras que en 108 (39,9%) encontramos orificio inguinal permeable. En los pacientes con correlación positiva se observó, de manera estadísticamente significativa, un mayor número de tumoraciones inguinales y de signos indirectos de hernia. Los hallazgos ecográficos no mostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la correlación diagnóstica ($p=0,68$).

Conclusiones: El abordaje laparoscópico permite evaluar simultáneamente ambos canales inguinales, ofreciendo un diagnóstico de certeza.

- **TUMORES DESMOIDES. UN RETO PARA EL CIRUJANO PEDIÁTRICO**

de Lucio Rodríguez, Marta; Luis Huertas, Ana; Souto Romero, Henar; Guillén Redondo, Pilar; Garcés Visier, Cristina; Espinoza Vega, Manuel; Espinosa Góngora, Rocío; Cortés Gómez, María; Morató Robert, Pablo; Alonso Calderón, José L.; Ollero Fresno, Juan Carlos
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: Estudiar las características clínicas de los pacientes con tumores desmoides, su tratamiento y evolución para establecer el manejo más adecuado.

Métodos: Revisión de las historias clínicas de pacientes diagnosticados de tumor desmoide en nuestro centro entre 2000-2017.

Resultados: Se identificaron 8 pacientes (2 varones, 6 mujeres) que presentaban 11 tumores. La mediana de edad al diagnóstico fue de 3 años (3 meses-14 años). Las lesiones se localizaron con mayor frecuencia: en extremidades (4/11), pared torácica (3/11) y región facial (2/11). En 2/8 pacientes se asociaban a síndrome de Gardner. Se indicó tratamiento quirúrgico en 8/11 tumores (sin conseguir resección completa en ningún caso), 2/11 recibieron quimioterapia y en 1/11 se asoció radioterapia al tratamiento quirúrgico. En un paciente se realizó exclusivamente observación para una de sus lesiones. Durante el periodo de seguimiento (mediana 60 meses; r: 47-156 m), se objetivó crecimiento tumoral en todos los casos, tumor metacrónico en 4/8 pacientes y fallecimiento en 1/8.

Conclusiones: 1. En nuestra experiencia, el tumor desmoide supone un reto quirúrgico por la necesidad de cirugías mutilantes que no aseguran la resección completa ni la curación.

2. Estos pacientes requieren un manejo multidisciplinar que minimice la morbilidad secundaria al crecimiento o aparición de nuevos tumores, así como a la asociada a los tratamientos aplicados.

• EFICACIA ANALGÉSICA DE LA ASOCIACIÓN PARACETAMOL+METAMIZOL VERSUS TRAMADOL EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Castilla Parrilla, Elena¹; Gironés Camarasa, Belén¹; García Dueñas, Cristina¹; Licerias Licerias, Esther¹; Mátar Sattuf, Kamel¹; Castilla Peinado, Gabriel².

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²Complejo Hospitalario de Jaén. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: Evaluar la eficacia analgésica de la asociación paracetamol+metamizol frente a un opiáceo débil (tramadol) en Cirugía Pediátrica.

Métodos: Estudio prospectivo, randomizado y a doble ciego, se seleccionaron 60 pacientes entre 3 y 8 años, ASA I-II programados para cirugía ambulatoria (herniorrafia inguinal, umbilical, criptorquidias, hidroceles y fimosis), divididos en 2 grupos, al grupo I se administró paracetamol 15 mg/kg y metamizol 40 mg/kg intravenosos y grupo II tramadol 1 mg/kg intravenosos, previos a finalizar la intervención. La anestesia general balanceada con opiáceos similar para todos los procedimientos. Se valoró en el periodo postoperatorio la intensidad del dolor (escala de Wong Baker a 1, 2, 3 y 4 horas), la necesidad de analgesia de rescate (cl. Mórfico 0,05 mg/kg) y efectos indeseables. El análisis estadístico con el test de Chi-cuadrado y t-Student.

Resultados: La distribución por edad, sexo y ASA en los 2 grupos fueron similares. El tiempo de analgesia para el grupo I fue de 202±25 minutos y para el grupo II 215±17 minutos sin significación estadística. Solo 3 niños del grupo I presentaron valores superiores a 4 (escala de Wong Baker) y 5 en el grupo II sin diferencias significativas (p=0,233). En el grupo II presentaron vómitos 5 pacientes, ninguno en el grupo I diferencias estadísticamente significativas (p<0,05). La dosis media de cloruro mórfico fue 2,3±1,5 mg.

Conclusiones: Ambas técnicas proporcionan una analgesia adecuada en el postoperatorio de la cirugía ambulatoria. Destaca un mayor número de efectos secundarios en el grupo del tramadol frente al grupo de AINES.



- **VALOR DIAGNÓSTICO DEL DÍMERO D, COMO PREDICTOR DE COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS Y ESTANCIAS HOSPITALARIAS MAYORES A 3 DÍAS, EN NIÑOS OPERADOS DE APENDICITIS AGUDA. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 717 PACIENTES DE 0-18 AÑOS. AÑOS 2010-2015**

Sánchez Abuín, Dr. Alberto; Molina Vázquez, María Elena; Aguilar Cuesta, Raquel; Gómez Beltrán, Oscar; Alonso, Verónica
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: Valores de dímero d, en analítica preoperatoria de pacientes intervenidos de apendicitis, para determinar su valor como prueba diagnóstica de complicaciones postquirúrgicas y de estancias hospitalarias mayores a 3 días

Métodos: Tesis doctoral. Estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo y analítico de 717 pacientes.

Criterios de inclusión: 1. diagnóstico de apendicitis aguda (cie 9 mc). 2. 0-18 años. 3. Operados en periodo 2010-2015. 4. Procedimiento realizado apendicectomía abierta o laparoscópica. 5. Procedimiento urgente. Criterios de exclusión: 1. Apendicectomía no urgente. 2. Cirugía diferida del plastrón. 3. Peritonitis secundarias.

Estudio de 2 cohortes de apendicectomías abiertas y laparoscópicas. estudio de variables demográficas, estancias, variables analíticas, complicaciones postquirúrgicas, estudio de costes por GRDS. Se realiza estudio de variables analíticas como son leucocitos, neutrófilos totales, PCR, fibrinógeno y dímero D. Se realiza estudio con curvas ROC, para encontrar las variables con mejor valor diagnóstico para predecir complicaciones postquirúrgicas y estancias mayores a 3 días.

Resultados: se presentan curvas roc del fibrinógeno, dímero D, PCR, leucocitos y neutrófilos totales. destacan los resultados en curvas ROC para predicción de estancias mayores a 3 días, donde el dímero D presenta sensibilidad 84,62% y especificidad del 83,87% para punto de corte de 755 ng/ml.

En curvas ROC para predicción de complicaciones postquirúrgicas el dímero D presenta sensibilidad del 75%, y especificidad del 85.71%, para punto de corte de 2580 ng/ml.

Conclusiones: 1. los mejores predictores analíticos de estancias mayores a 3 días son el dímero D y la PCR. 2. Los mejores predictores analíticos de complicaciones son el dímero D y PCR.

- **APENDICECTOMÍA LOW-COST: UNA TÉCNICA MÁS RÁPIDA Y DE MENOR COSTE PARA LAS APENDICITIS NO COMPLICADAS**

Miró, Ignacio¹; Carazo, Elena¹; Ibáñez, Vicente¹; Godoy, Jorge²; Crehuet, David¹; Mínguez, Antonia¹; Vila, Juan José¹

¹Hospital La Fe, Valencia. ²Clínica Las Condes, Santiago de Chile. **Video 3 minutos.**

Objetivos: El objetivo de este trabajo es presentar nuestra variante de la apendicectomía transumbilical laparoasistida y compararla con la apendicitis laparoscópica convencional

(ALC) de 3 trócares en términos de tiempo quirúrgico, complicaciones postoperatorias y coste económico.

Métodos: La técnica aporta el acceso a cavidad abdominal a través de una incisión umbilical sin uso de trócares (introducción de una sonda de Nélaton para neumoperitoneo, y de óptica y pinza de laparoscopia, a través de una única incisión de 8 mm), procediendo posteriormente a la apendicectomía extracorpórea. Revisión retrospectiva de los pacientes con apendicitis flemonosa intervenidos en nuestro centro en el último año, comparando los resultados de la apendicectomía laparoasistida sin trócares (ALST) y de ALC.

Resultados: Se analizaron 160 pacientes. En 31 (19,4%) de ellos se practicó ALST y en los restantes 129 (80,6%) ALC. En 4 (13,3%) de los casos de ALST se introdujeron 2 trócares para adhesiolisis apendicular. El tiempo operatorio de ALST (45,9 minutos, 29,9-61,8) fue significativamente menor que el de ALC (64,8 minutos, 43,6-86,1)($p = 0,001$). No hubo diferencias en complicaciones postoperatorias (absceso, infección de herida, oclusión intestinal) entre ambos grupos (1 evento en ALST y 6 en ALC, $p = 0,73$). Cada paciente intervenido de ALST supuso un ahorro medio de 270,73 (213,31-328,15) euros en material quirúrgico respecto a la ALC.

Conclusiones: Para casos seleccionados de apendicitis no complicadas, la apendicitis transumbilical laparoasistida sin uso de trócares representa una opción segura respecto a la laparoscopia convencional, asociando un menor tiempo operatorio y coste económico.

09:45 a 10:15 h

ACTO INAUGURAL DEL CONGRESO

10:15 a 10:45 h

PAUSA CAFÉ (Hall Exposición Comercial)

10:45 a 12:15 h

MESA REDONDA 1.

TRASTORNOS DE LA FUNCIÓN ANORECTAL SECUNDARIOS A CIRUGÍA

Moderador:

Dr. Francisco J. Castejón Casado. Granada

- **Diagnóstico de la función anorrectal tras cirugía**
Dra. María José Moya. Sevilla
- **Resultados funcionales en cirugía anorrectal y enfoque terapéutico**
Dra. Araceli García Vázquez. Madrid
- **Unidades de manejo intestinal**
Dr. Juan Pedro Hernández Bermejo. Murcia



12:15 a 13:00 h

MESA COMUNICACIONES 2. ONCOLOGÍA

Moderadores:

Dr. Martínez Martínez, Leopoldo. Madrid

Dr. Parrado Villodres, Rafael. Málaga

• FUNCIÓN RENAL A LARGO PLAZO EN SUPERVIVIENTES DE TUMOR DE WILMS

Sánchez Sánchez, Ángela¹; Girón-Vallejo, Óscar¹; Ruiz-Pruneda, Ramón¹; Fernández-Ibieta, María¹; Villamil, Vanesa¹; Giménez-Aleixandre, María Cristina¹; Montoya-Rangel, Carlos Andrés¹; Fuster, José Luis²; Pascual-Gazquez, Juan Francisco²; Ortega-García, Juan Antonio³; Cáceres-Álvarez, Alberto³; Vicente-Calderón, Carmen⁴; Zambudio Carmona, Gerardo¹; Ruiz-Jiménez, José Ignacio¹; Hernández Bermejo, Juan Pedro¹

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio de Cirugía Pediátrica. ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio de Oncología Pediátrica. ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica. ⁴Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio de Nefrología Pediátrica. Murcia. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: Evaluar la función renal y la morbimortalidad a largo plazo, en supervivientes de Tumor de Wilms (TW) no sindrómico.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con TW entre 1993-2017 tratados según protocolos SIOP. Evaluamos la mortalidad, filtrado glomerular (FG), prevalencia de hipertensión arterial (HTA), necesidad de diálisis y trasplante renal. Se definió enfermedad renal crónica (ERC) como FG <90ml/min/1,73m². Resultados: En los 25 años analizados se trataron 39 pacientes con edad media diagnóstica de 3,6 años (0,3-11años). La mediana de seguimiento fue 6 años (0,5-21años). El 48% (19 pacientes) debutaron con estadio I o II. Cuatro pacientes presentaron histología de alto riesgo (10%). La mortalidad fue del 10%. En 37 pacientes (95%) se obtuvieron datos de FG. El 16% (6 pacientes) desarrolló ERC (grados I-II). Ningún paciente precisó terapia renal sustitutiva (TRS) o trasplante. La presencia de ERC tanto en enfermedad unilateral como en bilateral fue del 16%, p>0,05; OR 1,04 (IC 95% 0,09-10,9). Se obtuvieron idénticos resultados (16%) comparando pacientes que recibieron radioterapia frente a aquellos que no. Los pacientes en estadio I, II y III presentaron una prevalencia de ERC del 11% vs. 40% en estadio IV (p= 0,12); OR 5,3 (IC 95% 0.61-45). Ningún paciente asoció HTA crónica.

Conclusiones: En el presente estudio la prevalencia de ERC en supervivientes de TW no sindrómico es baja pero no desdeñable, aunque ninguno precisó trasplante renal o TRS. La presencia de enfermedad bilateral y la radioterapia no se asociaron al desarrollo de ERC. La enfermedad metastásica condiciona un riesgo mayor de ERC.

• COLOCACIÓN DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES IMPLANTABLES EN NIÑOS: ¿SE PUEDE EVITAR LA RADIACIÓN?

Dore, Mariela; Triana, Paloma; Barrera, Saturnino; Sánchez-Galán, Alba; Jiménez, Javier; Núñez-Cerezo, Vanesa; Martínez-Martínez, Leopoldo; López-Santamaría, Manuel
Hospital Universitario La Paz. Madrid. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: Tradicionalmente la colocación de catéteres venosos centrales implantables (CVCI) se realiza bajo fluoroscopia. La campaña internacional para reducir la dosis de radiación en niños ha permitido la introducción de técnicas alternativas. Nuestro propósito es determinar si la fluoroscopia intraoperatoria (FI) es necesaria para la colocación de CVCI en niños.

Métodos: Estudio prospectivo pareado de julio a diciembre 2017 de pacientes a los que se le coloca un CVCI por primera vez, bajo control ecográfico y en vena-yugular-interna derecha. La longitud estimada del catéter (LEC) se midió utilizando referencias anatómicas y ECG, mientras que la longitud ideal de catéter (LIC) mediante FI en el mismo paciente. Se analizaron datos demográficos, dosis de radiación del procedimiento, y complicaciones inmediatas del mismo. Se realizó una T-de-Student para datos apareados y un coeficiente de correlación intraclase para analizar los datos.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes de 7+/-2a de edad (17M/13H). La LEC y LIC media fue 17.5+/-1.8cm y 17.7+/-1.8cm respectivamente. La diferencia entre mediciones fue 0.28 cm (IC95%: -0.29 a 0.86; p=0.324). El Coeficiente de Correlación Intraclase demostró una concordancia de 0.95 (IC95%: 0.91-0.98) entre mediciones. La exposición a radiación fue 1.060.78mGy² durante 0.340+/-0.6 minutos, equivalente aproximado a 6 meses de radiación natural. No se registraron complicaciones durante la colocación de los CVCI.

Conclusiones: La correlación entre la FI y la ecografía/referencias anatómicas para la colocación de CVCI es óptima. Estos resultados sugieren que la fluoroscopia y la radiación que esta conlleva puede evitarse en niños sin que esto implique un malposicionamiento del catéter.

• CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN NEUROBLASTOMA

Crehuet Gramatyka, David; Gómez Chacón, Javier; Cortés Saez, Jorge; Marco Macian, Alfredo; Mínguez Gómez, Antonia; Miró Rubio, Ignacio; Vila Carbó, Juan José Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: El objetivo de este trabajo es describir la experiencia de nuestro centro en cirugía mínimamente invasiva (CMI) en el neuroblastoma.

Métodos: Consiste en un estudio retrospectivo, descriptivo, de pacientes intervenidos en nuestro centro con técnica de CMI con diagnóstico de tumor neural (Neuroblastoma y ganglioneuroma) entre octubre de 2012 y diciembre de 2017. Se incluyeron pacientes sin factores de riesgo por imagen (IDRFs) y con tumor localizado en el momento de la intervención. Se excluyeron pacientes con diagnóstico distinto al de neuroblastoma/ganglioneuroma y con IDRFs.

Resultados: Se incluyen 19 casos (6 niñas y 13 niños) con una mediana de edad de 30 meses, 9 casos en estadio L1, 6 L2, 2 M y 2 MS según clasificación INRGSS. Por laparoscopia se intervinieron 14 pacientes (12 tumores suprarrenales y 2 abdominales) y 5 por toracoscopia. En 4 de 19 pacientes fue necesaria la conversión a cirugía abierta (3 por laparoscopia y 1 por toracoscopia, 2 por fibrosis y 2 por atrapamiento de estructuras vasculares).

No existieron complicaciones intraoperatorias consiguiéndose la exeresis completa en todos los casos. Tres casos presentaron efectos adversos postoperatorios de grados I y II según clasificación de Clavien-Dindo. Tras una mediana de seguimiento de 27 meses, 2 pacientes presentaron progresión de su enfermedad sin recidiva local

Conclusiones: En conclusión, la CMI es una herramienta útil para la exéresis de tumores de estirpe neural localizados y sin IDRFs.



- **TIROIDECTOMÍA PROFILÁCTICA EN NIÑOS CON CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES HEREDITARIO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO**

Garces Visier, Cristina; Espinoza Vega, Manuel; Ollero Fresno, Juan Carlos; De Lucio, Marta; Guillen, Pilar; Souto, Henar; Luis Huertas, Ana Lourdes; Espinosa, Rocio; Rico, Clara; Alonso Calderon, José Lorenzo

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: Describir las complicaciones y resultados a largo plazo en pacientes con síndrome de MEN 2A en los que se realizó tiroidectomía profiláctica, en relación con las recomendaciones de la American Thyroid Association (ATA).

Métodos: Estudio retrospectivo de 14 pacientes con MEN 2A tiroidectomizados entre los años 2000 y 2017. Revisamos datos demográficos, clínicos, analíticos y radiológicos. Se analizaron complicaciones postquirúrgicas y seguimiento a largo plazo.

Resultados: Tratamos a 8 niños y 6 niñas con una mediana de edad de 5 años (rango 2-10). La mutación genética predominante pertenecía al codón 634 (8/14;57,14%). En todos los pacientes se realizó tiroidectomía total sin linfadenectomía cervical. Se realizó una paratiroidectomía superior derecha por sospecha intraoperatoria de aumento de volumen en una paciente, pero la histología no reveló alteraciones. Dos pacientes presentaron hipocalcemia transitoria postquirúrgica; ningún paciente tuvo hipocalcemia permanente, ni parálisis nerviosa. La anatomía patológica confirmó microcarcinoma medular de tiroides en 5/14 pacientes, siendo todos portadores de la mutación del codón 634; dos de ellos con niveles de calcitonina basal preoperatoria inferiores a 40 pg/ml. Tras un seguimiento medio de 5 años no se han detectado recidivas, ni metástasis. Una paciente con mutación del codón 634 desarrolló un feocromocitoma unilateral a los 25 años. Ningún paciente ha presentado hiperparatiroidismo.

Conclusiones: La tiroidectomía profiláctica sin linfadenectomía cervical a los 5 años, independientemente de los niveles de calcitonina basal, constituye un tratamiento preventivo eficaz en pacientes con mutación del codón 634 y seguro cuando se realiza en centros terciarios con cirujanos expertos.

- **RECONSTRUCCIÓN DE PARED TORÁCICA TRAS RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA (RIO): EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO**

Ordóñez Pereira, Javier; del Cañizo López, Agustín; García-Casillas Sánchez, María Antonia; Fernández Bautista, Beatriz; de la Torre Macías, Manuel; Trapero Ovejero, Ana; Cerdá Berrocal, Julio Arturo; Molina Hernando, Encarnación Esther; Fanjul Gómez, María; Peláez Mata, David; Pérez-Egido, Laura; Mata Fernández, Cristina; Calvo Manuel, Felipe; de Agustín Asensio, Juan Carlos HGU Gregorio Marañón. Madrid. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: La RIO (Radioterapia Intraoperatoria) constituye una opción de tratamiento en pacientes oncológicos pediátricos seleccionados. Este estudio analiza la aplicación de esta terapia en pacientes sometidos a reconstrucción costal tras resección de tumoración en pared torácica.

Métodos: Se diseña un estudio descriptivo retrospectivo incluyendo los pacientes con cirugía de reconstrucción de pared costal y RIO en nuestro centro entre 2011 y 2017, incluyendo tumores primarios y recidivas. Se analiza control local, recurrencia metastásica, supervivencia, complicaciones postquirúrgicas y resultados funcionales y estéticos.

Resultados: Se incluyen 5 pacientes (cuatro sarcomas de Ewing y una recidiva de rhabdomyosarcoma embrionario). En todos los casos se trataba de estadios avanzados de la enfermedad, tratados según el protocolo oncológico de nuestro centro. La dosis de radiación varía entre 7.5 y 15 Gy, y en todos se realiza reconstrucción costal con diferentes materiales (goretex, titanio, placas reabsorbibles, flaps musculares). El seguimiento medio fue de 109 semanas, consiguiendo control local de la enfermedad en el 100% de los pacientes. Tres pacientes presentan remisión completa, y dos presentan recidiva metastásica. Como complicaciones postoperatorias se produce una fístula torácica de líquido cefalorraquídeo y un rechazo de una placa reabsorbible. Dos pacientes desarrollan escoliosis, y en todos los casos se consigue un buen resultado estético. La supervivencia total es del 80% (un éxito por metástasis pulmonar).

Conclusiones: Nuestro estudio apoya la RIO como una opción eficaz en el control local de la enfermedad en los tumores de pared torácica, sin que conlleve una peor evolución de la reconstrucción quirúrgica del área afectada.

- **RECONSTRUCCIÓN VIRTUAL E IMPRESIÓN DE MODELOS 3D: UNA HERRAMIENTA ADICIONAL EN LA CIRUGÍA PEDIÁTRICA ONCOLÓGICA**

Sánchez-Sánchez, Ángela¹; Girón-Vallejo, Óscar²; Ruiz-Pruneda, Ramón²; García-Calderón, Dario³; Fernández-Ibieta, María²; Villamil, Vanesa²; Giménez Aleixandre, María Cristina²; Montoya-Rangel, Carlos Andrés²; Hernández Bermejo, Juan Pedro²

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. ³Cátedra de Oncología Multidisciplinaria. UCAM. Murcia. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: Presentar nuestra experiencia sobre el uso de la reconstrucción virtual y la impresión 3D para la planificación quirúrgica de casos oncológicos complejos.

Métodos: Los datos se obtuvieron mediante la RM preoperatoria. El análisis y la reconstrucción virtual se realizaron utilizando el software informático especializado. Se imprimieron modelos a escala real, incluyendo tumor, órganos adyacentes y vascularización relevante. La impresión se realizó con diferentes materiales y en escala colorimétrica para una óptima discriminación de las estructuras.

Resultados: Se seleccionaron cuatro casos complejos. El primer caso fue un Tumor de Wilms (TW) bilateral. La reconstrucción volumétrica demostró la presencia de suficiente tejido renal sano, permitiendo la nefrectomía parcial bilateral. En el segundo caso la reconstrucción contribuyó a la localización de las metástasis pulmonares en una paciente con TW. El tercer caso fue un neuroblastoma abdominal considerado irreseccable. La no respuesta al tratamiento quimioterápico hizo necesario el abordaje quirúrgico. El modelo 3D fue de gran utilidad para la planificación y como referencia de consulta durante la intervención. El último caso es un neuroblastoma cérico-torácico de gran tamaño con diagnóstico anatomopatológico de ganglioneuroma, en íntima relación con el corazón y los grandes vasos mediastínicos.

Conclusiones: La reconstrucción 3D y la impresión de modelos a escala real son una herramienta útil en casos oncológicos complejos ya que contribuyen a una mejor comprensión de las relaciones entre el tumor y los órganos adyacentes, facilitando la intervención quirúrgica. Además aportan información adicional a las pruebas de imagen convencionales pudiendo influir sobre las decisiones terapéuticas.



13:00 a 14:00 h

MESA COMUNICACIONES 3.

MISCELÁNEA: NEONATAL Y FETAL. CALIDAD, GESTIÓN Y BIOÉTICA

Moderadoras:

Dra. Delgado Cotán, Lourdes. Cádiz

Dra. Tirado Pascual, Mónica. Tenerife

- **TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO DE PACIENTES CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA, ECMO**

Mesas Burgos, Carmen; Frenckner, Björn; Ghaffarpour, Nader; Fletcher-Sandersjoo, Alexander; Broman, Lars Mikael

Hospital Universitario Karolinska. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: Nuestro servicio de ECMO, establecido desde 1987, es centro de referencia para tratamiento con ECMO en el país. Desde 1996 disponemos de la infraestructura necesaria para el transporte de pacientes en ECMO. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia de los casos de hernia diafragmática congénita (HDC) que han requerido transporte en ECMO.

Métodos: Revisión de las historias clínicas de todos los transportes, nacionales e internacionales, de pacientes con HDC realizados por nuestro servicio desde 1996 a 2017.

Resultados: Hemos realizado un total de 39 transportes en ECMO de pacientes con HDC. Cuatro pacientes fueron trasladados desde su hospital de origen después de la implantación de cánulas y el comienzo de ECMO a otro centro en el extranjero debido a la falta de camas en nuestro servicio. 51% de los transportes fueron desde un país extranjero.

De los pacientes transportados y tratados en nuestro servicio, la mortalidad fue del 17% (6/35). En el 40% de los transportes se recogió al menos una complicación/ evento adverso: 50% pérdida de volumen tidal, 38% eventos de tipo hemodinámico, y 19% problemas con el equipo técnico o problemas de clima y vehículos de transporte. Estos eventos adversos no resultaron en un aumento de la morbilidad. La distancia media de transporte fue de 560 km y el tiempo medio de 4,6 horas. No se produjeron muertes durante los transportes.

Conclusiones: Los transportes interhospitalarios a larga y corta distancia de pacientes con HDC en ECMO se pueden realizar de forma segura.

- **EFICACIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTESTINAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO CORTO**

Rodríguez Iglesias, Patricia; Domènech Tàrrega, Anna; Driller, Carsten; Mangas Álvarez, Lucía; Valdés Dieguez, Estibaliz; Vila Carbó, Juan José

Hospital Universitari i Politècnic la Fe. Valencia. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: En las últimas décadas, los programas de rehabilitación intestinal, los avances en la nutrición parenteral (NP) y las técnicas de alargamiento intestinal han mejorado los resultados de los pacientes con síndrome de intestino corto (SIC). **Objetivo:** Valorar el crecimiento,

el destete de la NP y la supervivencia de los pacientes con SIC diagnosticados en los últimos 12 años.

Métodos: Revisión retrospectiva. Definiéndose SIC como la incapacidad del intestino de proporcionar la absorción completa por vía enteral siendo necesaria la NP.

Resultados: 18 pacientes fueron evaluados. Las causas más frecuentes de SIC: enterocolitis necrotizante (6, 33.33%), atresia yeyunal y Hirschsprung (4 casos cada patología, 22.22%) y otros (4). La longitud intestinal media era 51.17 cm al diagnóstico, el 72.22%, carecían de válvula ileocecal.

La media NP al inicio era de 115.82 horas/semana, actualmente: 56.92. El 22.22% lograron la nutrición enteral completa (NEC) tras un tiempo medio de 4.62 años. En 3 pacientes se realizó una enteroplastia transversal seriada. La presencia de válvula ileocecal fue un factor protector para lograr la NEC ($p < 0.018$). En cambio, la longitud y la edad gestacional no fueron significativos.

Tras un seguimiento de 5.38 años (3 exitus, 9.6 meses de media), ningún paciente fue candidato a trasplante intestinal

Conclusiones: La supervivencia de pacientes con SIC ha mejorado en las últimas décadas debido a los programas de rehabilitación intestinal, los avances en la NP y las técnicas de alargamiento intestinal. Es posible lograr la NEC en algunos pacientes y en otros reducir la necesidad de la NP evitando el trasplante intestinal.

• SUSTITUCIÓN ESOFÁGICA MEDIANTE ASCENSO GÁSTRICO EN LA ATRESIA DE ESÓFAGO: ABORDAJE LAPAROSCÓPICO MODIFICADO

Molino Gahete, José Andrés¹; Giné Prades, Carlos¹; Guillén Burrieza, Gabriela¹; García Martínez, Laura¹; Gómez Culebras, Mario Alberto²; López Fernández, Sergio¹; Lain Fernández, Ana¹; Bueno Recio, Javier¹; Lloret Roca, José¹; López Paredes, Manuel¹

¹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ²Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria Santa Cruz de Tenerife. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: Describir una técnica modificada y los resultados iniciales de la sustitución esofágica mediante ascenso gástrico por mediastino posterior vía laparoscópico en pacientes con atresia de esófago (AE). **Métodos:** Estudio descriptivo de 4 pacientes (5, 6 y 7 meses y 3 años) intervenidos entre los años 2016 y 2017, en los que se realizó la sustitución esofágica vía laparoscópica. Tres pacientes presentaban AE pura y uno AE tipo III. Tras realizar una dilatación forzada del píloro con balón a través de la gastrostomía, se disecó el estómago respetando la arteria gastroepiploica derecha; descolgando la gastrostomía se exteriorizó el estómago para tubulizarlo. Posteriormente se realizó disección roma transhiatal laparoscópica, cervicotomía y ascenso gástrico vía mediastino posterior con anastomosis esofagogástrica cervical.

Resultados: En todos los pacientes se completó la cirugía. Como complicaciones intraoperatorias se produjeron una perforación puntiforme traqueal que se suturó y una extravasación de vía periférica. Se inició nutrición a través de sonda nasogástrica a las 24 horas y oral una vez confirmada la ausencia de fugas. En todos los pacientes se realizó un esofagograma a los 7 días, un paciente tenía una pequeña fuga que se resolvió con tratamiento conservador a los



14 días, no se constató ninguna estenosis de la anastomosis. Un paciente requirió dilatación pilórica a los 3 meses de la intervención.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico en la sustitución esofágica mediante ascenso gástrico es una opción segura. Pequeñas modificaciones técnicas, como la dilatación pilórica forzada o la tubulización gástrica extracorpórea, permiten disminuir el tiempo laparoscópico.

- **CIRUGÍA ABDOMINAL EN PREMATUROS CON PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO**

Hernández Díaz, Carlos; montero García, Jacobo; Ruiz hierro, Cristina; Galvañ Félix, Yaiza; Ortega Escudero, Marta; Mugerza Vellibre, Rosa; Gutiérrez Dueñas, José Manuel
Hospital Universitario de Burgos. Servicio de Cirugía Pediátrica. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: La persistencia del conducto arterioso(PCA) se considera un factor de riesgo para enterocolitis necrotizante(EN) y otras complicaciones digestivas. El objetivo del presente trabajo es analizar si existe un mayor riesgo de cirugía abdominal y morbi-mortalidad asociada, en prematuros que han precisado tratamiento por PCA.

Métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo incluyendo prematuros menores de 37 semanas de gestación, con diagnóstico de PCA en los últimos 10 años. En función del tratamiento recibido, los pacientes fueron divididos en 3 grupos: tratamiento médico(A), médico y quirúrgico(B) y sin tratamiento(C). Se analizaron variables pre y perinatales, incidencia de complicaciones digestivas (EN y necesidad de cirugía por este motivo) y mortalidad.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 144 pacientes: 91 se asignaron al grupo A, 16 al B y 37 al C. La edad gestacional media por grupos fue de 28, 26,7 y 30,1 semanas. El peso medio al nacer fue de 1083,9, 909,3 y 1471,2 gramos, respectivamente. En cuanto a la incidencia de EN, se encontraron un total de 21, 5 y 5 casos en cada grupo, precisando cirugía abdominal un 43%, 60% y 35% respectivamente. La mortalidad por grupos fue del 12%, 19% y 3%.

Conclusiones: Los pacientes que precisaron tratamiento por PCA, presentaron mayor incidencia de complicaciones digestivas y mayor mortalidad que los pacientes no tratados, sin embargo, no encontramos diferencias estadísticamente significativas. La menor edad gestacional y peso al nacer encontrados en los pacientes que precisaron tratamiento por PCA, podría explicar la mayor morbi-mortalidad encontrada en estos pacientes.

- **QUISTE DE OVARIO NEONATAL ¿CUÁL ES NUESTRO MANEJO?**

Alcaraz Jiménez, Pedro José; Deltell Colomer, Patricia; Kuan Arguello, María Esmeralda; Albertos Mira-Marcelí, Nuria; González Piñera, Jerónimo
Hospital General Universitario de Alicante. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: El diagnóstico prenatal de quiste de ovario (QO) está aumentando debido al avance en las pruebas de imagen. El manejo postnatal en los casos asintomáticos es controvertido. Nuestro objetivo es analizar los resultados de nuestra serie y proponer un algoritmo de tratamiento.

Métodos: Estudio retrospectivo de los QO neonatales de nuestro centro desde enero de 2008 hasta diciembre de 2017. Variables analizadas: edad al diagnóstico, lateralidad, diagnóstico de sospecha y definitivo, tamaño, características ecográficas, edad a la cirugía y procedimiento quirúrgico.

Resultados: Analizamos 20 casos, todos de diagnóstico prenatal. La mediana del diámetro máximo fue de 41 mm (20-90 mm), el 60% derechos. La mediana de edad a la cirugía fue de 30 días (3-330 días). Tres fueron simples y 17 complejos. Se realizó quistectomía laparoscópica en los simples, dos se intervinieron en el primer mes de vida por el tamaño (80 y 90 mm) y el tercero al evidenciar crecimiento durante 4 meses de manejo conservador.

En cuanto a los complejos la ecografía determinó el origen ovárico en el 47% (8), quedando el resto sin poder filiar. En todos los casos se realizó laparoscopia exploradora, evidenciándose torsión ovárica en el 94% (16) y un quiste simple complicado. En el 56% (9) de los casos de torsión, la trompa se encontraba amputada. Realizamos ooforectomía en las torsiones y quistectomía en el caso restante. No hubo complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: Proponemos el abordaje laparoscópico de los QO complejos en época neonatal, ya que es una técnica eficaz y segura, evitando seguimientos prolongados e incertidumbres diagnósticas.

- **SUSPENSIONES QUIRÚRGICAS, UN FACTOR DE CALIDAD EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO**

Ibarra Rodríguez, María Rosa; Ramnarine Sánchez, Sharmila; Murcia Pascual, Francisco Javier; Siu Uribe, Ariadna; Cárdenas Elías, Miguel Ángel; Vargas Cruz, Verónica; Paredes Esteban, Rosa María Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: Estudio crítico y reflexivo con enfoque cuantitativo que tiene como objetivo identificar el número de suspensiones quirúrgicas (SQ) en nuestro Servicio de Cirugía Pediátrica, describiendo las causas de cancelación.

Métodos: Análisis retrospectivo de las historias de pacientes intervenidos de forma programada en un periodo de 3 años, 2015, 2016 y 2017, identificando la SQ y clasificando las causas en dos grandes grupos: estructura y proceso y dentro de este último, debido al paciente o al facultativo (anestesiista/cirujano). Se calcula tasa de SQ global y por años junto a otras variables: relacionadas con el paciente, turno de mañana o tarde y estación del año. Valoramos el impacto económico y social así como la repercusión de las medidas de mejora adoptadas.

Resultados: La tasa de SQ global de cirugías programadas fue de 6,7%. En 2015 del 8.9%, con un 90.4% atribuibles al paciente, 6.8% a la estructura y 2.7% al facultativo. Un 6.3% de SQ en 2016, 80% atribuible al paciente, 9,1% a la estructura y 10,9 al facultativo. Un 5% en 2017, 74,6% atribuidas al paciente, un 10,2% a la estructura y un 15,3% al facultativo. Más frecuente en turno de mañana en 2015 y 2016 (72% y 65,4%) y de tarde en 2017 (54,5%). El coste económico de las SQ ha sido de 40.946€ en 2015, 21.687€ en 2016 y 18.217€ en 2017.

Conclusiones: La implantación de prácticas dirigidas a mejorar la accesibilidad y la educación sanitaria disminuye la tasa de SQ, suponiendo un beneficio socio-económico para el paciente y el hospital.



- **ANÁLISIS DE LAS DERIVACIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA A UN SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA**

Ramnarine Sánchez, Sharmila Devi; Paredes Esteban, Rosa María; Murcia Pascual, Francisco Javier; Ibarra Rodríguez, María Rosa; Siu Uribe, Ariadna; Escassi Gil, Álvaro; Vázquez Rueda, Fernando

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: Las derivaciones correctas desde Atención Primaria (AP) a los servicios de Cirugía Pediátrica (CP), es un sello de calidad en la atención pediátrica y organizaciones sanitarias. Analizamos las derivaciones a CP desde AP de las áreas de gestión sanitarias (AGS) de nuestra provincia.

Métodos: Estudio descriptivo observacional de las derivaciones de AP durante 2014-2017. Del total, analizamos 1000 historias de pacientes, extraídas del año 2017. Variables analizadas: edad, sexo, distrito sanitario, motivo de derivación, y adecuación de la misma. Criterios de derivación incorrecta: incumplimiento calendario quirúrgico (CQ), diagnóstico/indicación incorrecta y patologías fuera de cartera de servicio. Analizamos porcentaje de pacientes tratados por CP.

Resultados: 6538 derivaciones desde AP. Incremento casi del 20% respecto al 2014. El AGN Norte presentó el menor porcentaje de derivación. De los 1000 pacientes analizados, 76,9% correspondían a varones, edad media 6 años (0-15). Causa más frecuente de derivación fimosis 18,7%, seguido de hernias de línea media 9,1%, criptorquidia 6,7%, hernia inguinal 6,2% hidrocele 5%, teste en ascensor/retráctil 4,1%. 39,2% (392) derivaciones inadecuadas: 61,8% debidas a diagnóstico/ indicación errónea, 32,1% incumplimiento CQ y 6,1% patología fuera de cartera de servicio. 6 pacientes derivados de AP diarios por consulta, 392 pacientes suponen 65 consultas afectadas. El 60,8% precisaron intervención por nuestro servicio, el 22% quirúrgica.

Conclusiones: Las derivaciones inadecuadas de AP son frecuentes, implican saturación de las consultas y supone trastornos socio-económicos importantes para el paciente y la organización sanitaria. Es necesario insistir en los programas de formación en AP y formación del MIR de pediatría y médicos de familia.

14:00 a 15:30 h

COMIDA DE TRABAJO (Planta 2)

15:30 a 16:45 h

**MESA COMUNICACIONES 4.
UROLOGÍA 1**

Moderadoras:

Dra. Martín-Crespo Izquierdo, Rosa. Toledo

Dr. Mieles Cerchar, Moisés. Málaga

- **HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA: RESULTADOS A LARGO PLAZO**

Serradilla, Javier; Rivas, Susana; Martínez Urrutia, María José; Lobato, Roberto; Bueno Jiménez, Alba; Fernández Pascual, Esaú; Amesty, Virginia; López Pereira, Pedro

Hospital Universitario La Paz. Madrid. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: La hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) asocia diversos grados de ambigüedad genital cuyo tratamiento resulta controvertido debido a las consecuencias físico-psicológicas para el paciente. Nuestro objetivo es evaluar la situación actual de nuestras pacientes según el tratamiento recibido.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con HSC tratados entre 1990-2010. Se evaluó su situación basal (exploración, genética, antecedentes), la cirugía realizada (sección o plicatura de los cuerpos cavernosos (CC), vaginoplastia, genitoplastia) y su seguimiento (desarrollo sexual secundario, efectos secundarios farmacológicos). Los resultados a largo plazo fueron recogidos mediante un cuestionario sobre la satisfacción, autoestima y situación sexual actual, excluyendo pacientes menores de edad.

Resultados: Se estudiaron 31 pacientes (21 años, [6-42]). La sección parcial de los CC se realizó en el 81% (25) mientras que su plicatura se llevó a cabo en el 19% (6). La reducción del glande se practicó en el 36% (11) y la vaginoplastia en el 83% (26). 21 pacientes (26 años, [18-42]) cumplieron los criterios de inclusión del cuestionario, cuya tasa de respuesta fue del 71% (15). La sección o plicatura de los CC no mostró diferencias en la satisfacción sexual mientras que la reducción del glande mostró una disminución significativa en la sensibilidad del clítoris ($p < 0.05$). Aunque el 60% se mostró satisfecho con la apariencia de sus genitales, hasta el 30% refirió no sentirse completamente identificado con su asignación femenina.

Conclusiones: Un considerable porcentaje de pacientes con HSC mostró consecuencias relevantes para su desarrollo sexual y social, lo que hace necesario un manejo multidisciplinar más conservador para esta enfermedad.

• PIELOPLASTIA Y DETECCIÓN DE VASOS POLARES: INFLUENCIA DE LA VÍA DE ABORDAJE

Redondo Sedano, Jesus Vicente; Cabezalí Barbancho, Daniel; Tordable Ojeda, Cristina; Carrillo Arroyo, Isabel; Aneiros Castro, Belén; Melero Guardia, Leonor; Martín Alelu, Rubén; Gómez Fraile, Andrés

Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: Analizar si existen diferencias en la detección de vasos polares en la pieloplastia laparoscópica frente a la técnica abierta, y describir su relación con la aparición de complicaciones en el posoperatorio.

Métodos: Análisis retrospectivo de 2 cohortes: pacientes mayores de 6 meses intervenidos de estenosis pieloureteral mediante laparoscopia y cirugía convencional. Se excluyeron los casos con pruebas de imagen preoperatorias dirigidas a la detección de vasos polares, y se estudiaron las siguientes variables: detección intraoperatoria de vaso polar, persistencia de obstrucción, necesidad de reintervención y hallazgos en la segunda cirugía.

Resultados: Cada grupo a estudio incluyó 47 pacientes. No se encontraron diferencias en la edad media entre ambos grupos ($36,1 \pm 41,3$ meses vs $31,8 \pm 37,2$ meses; $p = 0.527$). El número de vasos polares hallados en técnica laparoscópica fue de 15, frente a 3 en cirugía abierta (relación 5:1; $p = 0.002$). En el grupo de pacientes intervenidos por laparoscopia se objetivó un caso de recidiva, y en el de cirugía convencional se han detectado 5 (todos los ellos en pacientes sin hallazgo de vaso polar en la primera intervención). 4 de estos pacientes (80%) fueron reintervenidos, y en 2 (50%) se encontraron vasos aberrantes como causa de obstrucción, no descritos previamente.



Conclusiones: La laparoscopia ofrece una correcta visión anatómica del riñón y su vascularización, que permite una mayor detección de vasos polares frente al abordaje convencional. La elección de esta técnica puede contribuir a disminuir las complicaciones posoperatorias relacionadas con vasos polares anómalos no visualizados en la cirugía.

- **FACTORES DE RIESGO PARA LA RECURRENCIA DE LA ESTENOSIS DE LA UNIÓN PIELOURETERAL TRAS LA PIELOPLASTIA**

Pérez Bertólez, Sonia; Martín Solé, Oriol; Soria Gondek, Andrea; Arboleda Bustán, Jenny; García Aparicio, Luis

Sección de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: La reestenosis de la unión pieloureteral tras la pieloplastia es una complicación grave y poco frecuente. El objetivo de este trabajo es identificar los factores de riesgo que predisponen a la recurrencia de la estenosis pieloureteral.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a pieloplastia entre los años 1997 y 2017 y seguidos en un único centro. Se focalizó en pacientes con necesidad de reintervención por recurrencia de la estenosis. Se analizaron variables demográficas, clínicas, quirúrgicas y de pruebas de imagen.

Resultados: Se realizaron 340 pieloplastias. Se reintervinieron 10 pacientes (2,9%) de los cuales el 20% había tenido una fuga urinaria versus el 6% de fuga en los no reintervenidos ($p=0,08$). No hubo diferencias en la necesidad de reintervención por sexo, edad, peso, lateralidad, tipo de abordaje (cirugía abierta vs laparoscópica), diámetro de la pelvis ni función preoperatoria.

La mayor edad (76 vs 36 meses, $p<0,001$), el empleo de catéter transanastomótico que llega a vejiga (OR 3,1 IC 95% 1,2-8,4) y la función renal diferencial preoperatoria más elevada (54% vs 47% $p<0,01$) fueron factores de riesgo independientes para fuga urinaria en un modelo de regresión logística múltiple con $p<0,0001$.

Conclusiones: Existe una tendencia a la recurrencia de la estenosis de la unión pieloureteral si ha habido una fuga urinaria postpieloplastia. La edad elevada, el empleo de catéter transanastomótico que llega a vejiga y la función renal preoperatoria más elevada son tres factores de riesgo independientes para la fuga urinaria.

- **SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO TRAS LA PIELOPLASTIA MEDIANTE ECOGRAFÍA: ¿SIGUE SIENDO NECESARIO EL RENOGRAMA?**

Hernández Díaz, Carlos; Ruiz Hierro, Cristina; Montero García, Jacobo; Ortega Escudero, Marta; Galván Félix, Yaiza; Muguerra Vellibre, Rosa; Gutiérrez Dueñas, José Manuel
Hospital Universitario de Burgos. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: El renograma es la prueba de elección tras la pieloplastia, pero es invasiva y requiere radiación ionizante. Se ha propuesto un seguimiento libre de radiación mediante ecografía como prueba de primera línea, dejando el renograma para casos seleccionados. Nuestro objetivo es documentar la evolución postoperatoria de las pruebas de imagen.

Métodos: Revisión retrospectiva de pacientes tratados mediante pieloplastia con tiempo de seguimiento de 6 meses entre 2008 y 2017. Se recogieron parámetros ecográficos (diámetro ante-



ro-posterior de la pelvis (DAP), ratio pelvis/ córtex (P/C) y porcentaje de mejora del DAP (PM-DAP) y del renograma (curva de eliminación y función renal diferencial (FRD) referidos en medias.

Resultados: 47 pacientes cumplieron criterios de inclusión con una mediana de seguimiento de 32 meses. La edad mediana en el momento de la cirugía fue 11 meses, 77% fueron varones, 64% del lado izquierdo y 85% de diagnóstico prenatal. El DAP pre-quirúrgico fue 37,3 mm y el ratio P/C 8,3. La FRD pre-quirúrgica fue 45% y la curva de eliminación obstructiva en el 83%. Al tercer mes postoperatorio: DAP 20,5 mm, ratio P/C 3,4 y PM-DAP 49,8%; a los 6 meses: 16,2 mm, 2,2 y 53,5% respectivamente. El renograma diurético a los 6 meses: FRD media 43% y curva de eliminación no obstructiva en la mayoría (73%). Hubo 3 re-intervenciones.

Conclusiones: La ecografía había presentado una mejoría progresiva en el momento de realizar el renograma postoperatorio. Podría no ser necesario realizar renograma electivo rutinario a todos los pacientes siendo imprescindible ante el empeoramiento ecográfico y la aparición de clínica.

- **PARÁMETROS ECOGRÁFICOS COMO MARCADORES PRONÓSTICOS EN LA EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA DE LA ESTENOSIS PIELOURETERAL CONGÉNITA**

Pérez-Egido, Laura; Parente Hernández, Alberto; Burgos Lucena, Laura; Ortiz Rodríguez, Rubén; Angulo Madero, José María

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: Durante la pieloplastia laparoscópica se produce una alteración anatómica de la pelvis renal que no es posible realizar durante los procedimientos endourológicos. Nuestro objetivo es analizar los parámetros ecográficos como marcadores pronósticos en las estenosis pieloureterales (EPU) tratadas endourológicamente

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo a los pacientes <18 meses tratados mediante dilatación con balón de alta presión entre el 2007-2016. Se analizaron las ecografías preoperatorias y postoperatorias realizadas a los 3, 6 y 12 meses, el diámetro anteroposterior de la pelvis renal (DAP), el ratio parénquima cortex (RPC) y el porcentaje de mejora del DAP(PM-DAP).

Resultados: Se incluyeron 51 pacientes. La reducción del DAP y PCR fue estadísticamente significativa a los 3, 6 y 12 meses postoperatorios. Mediante curvas COR se calcularon valores de corte de buen pronóstico a los 3 meses postoperatorios y ningún paciente con una DAP ≥ 19 mm y/o un RPC ≥ 3.3 precisó reintervención (S:100%,E70%). Mediante curvas COR se calcularon valores de corte a los 6 meses, estableciendo como grupo de riesgo de reintervención (S: 86% E:90%) aquellos pacientes con DAP $\geq 18,5$ mm, el RPC ≥ 3.1 y el PM-DAP $\geq 35\%$.

Conclusiones: Según nuestros resultados, analizando varios parámetros ecográficos en el seguimiento postoperatorio de las EPU, podemos identificar de manera precoz a un grupo de pacientes de buen pronóstico que se beneficiaran de un seguimiento mas espaciado, reservando la utilización del renograma para aquellos pacientes que a los 6 meses no hayan presentado la evolución esperada.

- **EXPERIENCIA A 18 AÑOS CON EL SÍNDROME DE HIPERTENSIÓN DE LA VENA RENAL IZQUIERDA (SHVRI)**

Miró, Ignacio; Serrano, Agustín; March, José Antonio; Polo, Alba; Conca, María de los Ángeles;



Rodríguez, Lucía; Pérez, Javier; Domínguez, Carlos
Hospital La Fe, Valencia. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en los últimos 18 años en el SHVRI, entidad generada por la compresión de la vena renal izquierda que asocia desarrollo de hipertensión venosa renal, que transmitida en sentido retrógrado puede ocasionar hematuria, síndrome de la vena gonadal y varicocele.

Métodos: Revisión retrospectiva de los pacientes seguidos en nuestro centro con diagnóstico de SHVRI en base a clínica y pruebas de imagen (ecografía, TAC/ RMN, flebografía).

Resultados: 21 pacientes, seguimiento medio 52,3 meses (37,1–67,5). Edad media de presentación 11,7 años (9,9-13,4). Presentación más frecuente: hematuria 16(76,2%), macroscópica en 75% y en 42,9% relacionada con ejercicio físico. Otros síntomas: varicocele izquierdo 7(33%), proteinuria 6(21,6%). En casos leves-moderados se realizó tratamiento conservador (cambio de actividad física, higiene postural), eficaz en 16(76,2%). En los restantes 5(23,8%), 2(9,5%) precisaron intervención (stent intravascular en la vena renal en 1 caso, y embolización de la vena espermática en 1 caso), en 1(4,8%) de los pacientes se realizó transposición de la vena renal y autotrasplante renal, y 2 de los pacientes (9,5%) con casos leves precisaron corrección quirúrgica del varicocele.

Conclusiones: La hematuria, habitualmente macroscópica y relacionada con el ejercicio físico, es el síntoma más frecuente en los pacientes con SHVRI. El diagnóstico por imagen se basa en pruebas no invasivas; la flebografía debe reservarse para casos severos que precisan una actitud intervencionista. El tratamiento endovascular o quirúrgico está indicado en casos severos con fracaso del tratamiento conservador.

• VALOR CLÍNICO Y PRONÓSTICO DE LA FUNCIÓN SUPRANORMAL EN CASOS DE HIRONEFROSIS UNILATERAL

Soria- Gondek, Andrea; Martín-Solé, Oriol; Pérez-Bertólez, Sonia; García-Aparicio, Luis. Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica
Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: En el 9-21% de las estenosis de la unión pieloureteral el riñón hidronefrótico puede presentar hiperfunción paradójica. Pretendemos analizar los principios biofísicos y el significado clínico de la función supranormal (FSN) y los factores de riesgo de sobreestimación de la función renal diferencial (FRD).

Métodos: Registro prospectivo de los pacientes intervenidos de pieloplastia en un único centro de 2012 a 2017. Se compararon los de FRD preoperatoria >55% (FSN) frente a los de FRD<55% (noFSN). Se analizaron datos clínicos, quirúrgicos y radiológicos pre y postoperatorios.

Resultados: Se intervinieron 78 pacientes. 9 (11,5%) tenían una FSN. La edad, género, lateralidad, abordaje y grados de hidronefrosis fueron homogéneos. El diámetro de la pelvis y la ratio volumen pelvis/volumen renal (Vp/Vr) fueron mayores en el grupo FSN (35mm Vs 24mm, $p=0,026$; 0,6 Vs 0,2, $p=0,003$). 88,9% de los pacientes con FSN tenía una pelvis >30mm ($p=0,001$) y fue un buen predictor de sobreestimación funcional (AUC= 0,804, IC 95% 0,707-0,902, sensibilidad 89%). La ratio Vp/Vr fue un factor de riesgo independiente para FSN ($p=0,037$). Existe una relación cuadrática entre la FRD y el diámetro de la pelvis y la ratio Vp/



Vr. La disminución postoperatoria de la FRD fue mayor en grupo FSN (-7% vs +0,6%, $p=0,007$) y en los pacientes con pelvis >30mm con o sin FSN (-3% Vs +1%, $p=0,028$).

Conclusiones: La FSN resulta de la distribución del trazador en un riñón con pelvis desproporcionalmente dilatada. La FRD no es buen indicador de obstrucción ni criterio de intervención quirúrgica en caso de $FRD > 55\%$ o pelvis >30mm

- **RESULTADOS DEL TRASPLANTE RENAL CON INJERTOS DE DONANTES PEQUEÑOS (< 6 AÑOS) PARA RECEPTORES PEQUEÑOS**

Gander, Romy; Asensio, Marino; Molino, José Andrés; Royo, Gloria Fatou; Lara, Luis Enrique; López, Mercedes; Ariceta, Gema; López, Manuel
Hospital Universitario Vall D'Hebron. Barcelona. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: Los injertos de donantes pediátricos están infrutilizados por el supuesto riesgo incrementado de complicaciones, sobretodo de trombosis vascular (TV). Utilizar injertos de donantes pequeños (DP) para receptores pequeños (RP) se considera aun de mayor riesgo y se evita en muchos centros. Nuestro objetivo fue analizar los resultados del trasplante renal (TR) utilizando DP para RP.

Métodos: Estudio retrospectivo de 118 TR realizados entre enero 2007-julio 2017. Identificamos los TR utilizando DP (<6 años) para RP (>6 años). Se recogieron datos de las características de donantes y receptores, complicaciones quirúrgicas y urológicas, pérdida de injerto y evolución.

Resultados: Identificamos 40 pacientes (33.89%). La media de edad de los receptores y donantes fue de 2.9 (DT:1.68) y 2.24 años (DT: 1.5), respectivamente, y la media de peso de 12.7 (DT: 4.1) y 13.7 kg (DT:4.15), respectivamente. Treinta receptores (75%) pesaron <15kg. La enfermedad primaria renal más frecuente fue el síndrome nefrótico congénito (13). Nueve (22.5%) habían recibido un TR previo. Tres pacientes recibieron un trasplante hepatorenal simultáneo (20%). Ocho (20%) tenían un elevado riesgo inmunológico y 19 (47.5%) un alto riesgo trombótico.

Todos los injertos se implantaron en el retroperitoneo y se anastomosaron a los vasos ilíacos. Aparecieron complicaciones mayores en 7 (17.5%): TV (3), sangrado (3) y necrosis ureteral (1). Solo una complicación quirúrgica provocó la pérdida del injerto.

Conclusiones: Sugerimos que el TR con DP para RP se relaciona con buenos resultados y supervivencia del injerto. En nuestra serie, las complicaciones quirúrgicas excepcionalmente causaron la pérdida del injerto.

- **DETORSIÓN MANUAL Y CIRUGIA DIFERIDA EN LA TORSION TESTICULAR AGUDA**

Siu Uribe A, Garrido Pérez JI, Vázquez Rueda F, Ibarra Rodríguez MR, Murcia Pascual FJ, Ramnarine Sánchez ShD, Paredes Esteban RM
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: Presentar nuestra experiencia, protocolo e indicaciones de la detorsión manual (DM) como tratamiento en la torsión testicular (TT).

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con TT tratados mediante DM en los últimos 10 años. Analizamos tiempo de evolución, técnica de detorsión, evolución y complicaciones.



Resultados: 75 pacientes diagnosticados de TT en los últimos 10 años, de los cuales 10 fueron tratados mediante DM. Edad media de 12 años (Rango: 10- 13 años) y duración del comienzo del dolor de 3,6 horas ($\pm 1,3$ horas), mayor frecuencia en el testículo izquierdo (80%, n=8).

La técnica de DM se realizó ecoguiada, en dirección horaria y antihoraria en el lado derecho e izquierdo respectivamente. El éxito se definió como el alivio inmediato de los síntomas, hallazgos normales en el examen físico y comprobación de la recuperación del flujo mediante ecografía tras la maniobra de detorsión. Fue efectiva en el 70% de los pacientes, siendo dados de alta a las 24 horas, tras realizar nueva ecografía de control y comprobar normalidad en el flujo. Orquidopexia vía escrotal diferida a las 2 semanas (Rango: 0-5,4 semanas). En dos pacientes (20%) se realizó cirugía urgente por insuficiente recuperación del flujo y en otro paciente (10%) fue necesario realizar una segunda maniobra de detorsión. No hubo complicaciones tras DM a corto/ largo plazo, ningún caso de atrofia testicular.

Conclusiones: La DM ecoguiada y orquidopexia diferida es una opción terapéutica en pacientes con TT de corta evolución. Es necesario series más amplias y realizar estudios prospectivos para establecer su seguridad y eficacia.

- **FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE HIPOSPADIAS Y CRIPTORQUIDIA: ESTUDIO DE CASOS-CONTROLES**

Estors Sastre, Blanca¹; González Ruíz, Yurema²; Bragagnini Rodríguez, Paolo²; Delgado Alvira, Reyes²; Gracia Romero, Jesús²

¹Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. ²Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: Investigar los factores de riesgo asociados al desarrollo de hipospadias y criptorquidia.

Métodos: Estudio analítico de casos y controles. Los casos fueron los niños de 6 meses a 14 años diagnosticados de hipospadias o criptorquidia en la consulta durante 18 meses y los controles, los de la misma edad con diferente diagnóstico. Las variables se recogieron mediante entrevista personal con los padres. Se estimaron estadísticos descriptivos y se construyeron modelos de regresión logística.

Resultados: Estudiamos 420 pacientes, 210 casos (107 hipospadias/103 criptorquidias) y 210 controles (edad media=3.37 \pm 2.64 [rango 0.5-12]). El peso al nacer fue significativamente menor en el grupo hipospadias (media=2.92 \pm 0.67kg versus 3.36 \pm 0.59Kg en los controles; p=0.015). La edad materna y la paterna fueron significativamente mayores en los casos (media=33.28 \pm 5.14 versus 32.25 \pm 5.08 años; p=0,04 y 36.25 \pm 6.28 versus 34.74 \pm 5.77 años; p=0,01, respectivamente). Encontramos asociación directa entre la exposición ocupacional materna y paterna a disruptores endocrinos (DE) y los casos, odds ratio (OR)=3.19 (IC 95%:1.48-6.88) y 1.89 (IC 95%: 1.08-3.28), respectivamente, los antecedentes urológicos paternos en los casos (OR= 2.17 [IC 95%: 1.01- 4.69]) y el hábito tabáquico paterno en el grupo hipospadias (OR=2.10 [IC 95%: 1.25- 3.53]), y asociación inversa en los casos con el consumo de antiabortivos (OR=2.17 [IC 95% CI: 1.01- 4.69]) y el alto nivel educativo paterno (OR=2.17 [95% CI: 1.01-4.69]).

Conclusiones: La exposición ocupacional a DE, los antecedentes urológicos y el tabaquismo, podrían aumentar el riesgo de hipospadias y criptorquidia, y los antiabortivos y el nivel educativo, reducirlo.

- **EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL TRAUMATISMO RENAL**

Rodríguez Iglesias, Patricia; Polo Rodrigo, Alba; Serrano Durbá, Agustín; Rodríguez Caraballo, Lucía; March Villalba, José Antonio; Domínguez Hinarejos, Carlos
Hospital Universitari i Politècnic la Fe. Valencia. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: El manejo del traumatismo renal ha ido variando en los últimos años de modo que, en la actualidad, incluso en los grados altos, se aboga por un tratamiento inicial conservador. El objetivo de este trabajo es revisar la presentación, actitud inicial y evolución de los traumatismos renales atendidos en este centro.

Métodos: Revisión retrospectiva de pacientes con traumatismo renal atendidos en los últimos 10 años. Se analizaron variables epidemiológicas, mecanismo de producción, ITP, tratamiento y evolución.

Resultados: Se estudiaron 26 pacientes, 18 varones (69.23%). La causa más frecuente fue el golpe directo en 11 pacientes (42.31%). El lado más frecuentemente afectado fue el derecho en 14 pacientes (53.85%). El traumatismo grado III según la AAST fue el más frecuente, 11 pacientes (42.31%). Nueve pacientes (44.55%) presentaron lesión en otros órganos sólidos y siete pacientes (26.93%) otras lesiones.

En 24 pacientes (92.30%) el tratamiento inicial fue conservador con medidas de soporte. Un paciente se presentó con inestabilidad hemodinámica y se intervino de forma urgente realizándose embolización supraselectiva con control inmediato del sangrado activo. En otro paciente se colocó un catéter doble J por disrupción de la vía excretora.

De los pacientes tratados de manera conservadora inicialmente solo 1 paciente (4.1%) requirió maniobras quirúrgicas secundarias debido a complicación.

Conclusiones: En pacientes con traumatismo renal el tratamiento no quirúrgico es seguro y eficaz. En caso de inestabilidad hemodinámica o sangrado las técnicas radiológicas intervencionistas han demostrado ser seguras y efectivas en la edad pediátrica.

16:45 a 18:00 h

MESA REDONDA 2.

ELEMENTOS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN CIRUGIA PEDIÁTRICA

Ponentes:

Dra. Azucena Couceiro Vidal. Madrid

Dra. Rosa Paredes Esteban. Córdoba

19:30 h

ACTO DE APERTURA

CARMEN DE LOS MÁRTIRES

Paseo de los Mártires, s/n

18009 Granada

(Salida en autobús desde la sede del congreso, regreso al finalizar el acto)



VIERNES, 25 DE MAYO

(Sala Albéniz + Machuca. Planta -2)

08:30 a 09:45 h

MESA COMUNICACIONES 5.

UROLOGÍA 2

Moderadoras:

Dra. Montero Sánchez, Margarita. Vigo

Dr. Valladares Mendías, Juan Carlos. Sevilla

- **SÍNDROME DE OHVIRA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y COMPLICACIONES. NUESTRA EXPERIENCIA**

Siu Uribe, Ariadna; Vargas Cruz, Verónica; Murcia Pascual, Francisco Javier; Escassi Gil, Álvaro; Garrido Pérez, José Ignacio; Antón Gamero, Montserrat; Paredes Esteban, Rosa María
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: El Síndrome de OHVIRA es una rara y compleja variante de las anomalías de los conductos de Müller caracterizado por hemivagina obstruida, útero didelfo y anomalía renal ipsilateral. Su diagnóstico prepuberal es excepcional y el retraso en su diagnóstico y tratamiento compromete la vida y fertilidad de la paciente.

Métodos: Análisis retrospectivo de las historias clínicas de pacientes diagnosticadas en nuestro centro, en un periodo de tiempo de 20 años. Los datos se recogen en un protocolo que incluye: características clínicas, diagnóstico, tratamiento y complicaciones.

Resultados: 9 pacientes en total, 55% diagnosticadas en edad prepuberal y 45% postmenarquia. En el 50% se realizó diagnóstico prenatal de malformación renal. En el 44% antecedentes familiares de primer grado de enfermedades nefrourológicas. La media de seguimiento por riñón único, previo al diagnóstico, fue de 3,6 años (Rango 0-13,4 años). En el 55% el lado afecto fue el derecho. Los síntomas fueron ginecológicos en el 44%, miccionales en el 22% y dolor abdominal recurrente en el 22%. Las pacientes prepuberales se encuentran asintomáticas. Presentaron complicaciones en el 33%, correspondiendo a hidrometrocolpos (22%) y piocolpos (11%). Se realizó septostomía y resección del tabique vaginal como tratamiento en el 44%, todas en edad postpuberal. Las pacientes prepuberales continúan en seguimiento con actitud conservadora.

Conclusiones: El SO es una rara anomalía del desarrollo de los conductos de Muller de presentación clínica variable. El alto índice de sospecha y el diagnóstico precoz en niñas con anomalías renales facilita el tratamiento quirúrgico antes de la presentación de complicaciones.

- **¿ES LA URETROPLASTIA MATHIEU UNA TÉCNICA ÚTIL PARA LA CORRECCIÓN DE FÍSTULAS POST-REPARACIÓN DE HIPOSPADIAS?**

Aguilera Pujabet, Montserrat; Gander, Romy; Royo Gomes, Gloria; López Paredes, Manuel; Asensio Llorente, Marino
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: Existen múltiples técnicas quirúrgicas para el cierre de fístulas uretrocutáneas (FUC) secundarias a la corrección de hipospadias. Nuestro objetivo fue analizar nuestros resultados mediante el cierre simple (CS) y cierre con nueva uretroplastia por técnica de Mathieu (CUM).

Métodos: Estudio retrospectivo (2014-2017) de pacientes pediátricos con FUC tratadas mediante CS y CUM. Se incluyeron solo fístulas desde la región mediopenana a distal, excluyendo las fístulas proximales no tributarias de cierre por CUM. Se recogieron datos demográficos, clínicos, tratamiento y resultados.

Resultados: Durante un periodo de 4 años se intervinieron en nuestro centro 177 hipospadias y 28 FUC. 15/28 cumplieron los criterios de inclusión. Tipo hipospadias: distal (10, 66,7%), mediopeneano (3, 20%) y proximal (2, 13,3%). La técnica primaria más utilizada fue el Snodgrass (4 pacientes) con una media de edad de 31,9 meses (DS:16,2). La media de tiempo desde la cirugía primaria a la aparición de la FUC fue de 5 meses (DS:5). La técnica utilizada para el cierre fue: CS (7) y CUM (8). Todos los pacientes tratados con CUM resolvieron la fístula en un solo tiempo, mientras que de los tratados con CS se resolvieron 5 con una media de 1,8 intervenciones. La media de seguimiento fue de 17 meses (rango 2-45).

Conclusiones: El CUM es una técnica útil, eficaz y segura para el tratamiento de la FUC y además fácilmente reproducible. Los resultados del cierre por CUM parecen ser superiores al CS y podría considerarse la técnica de primera elección.

- **CREACIÓN LAPAROSCÓPICA DE ESTOMA CATETERIZABLE CONTINENTE CON URÉTER**

Cabarcas Maciá, Laura; Cadaval Gallardo, Carlos; Molina Mata, María; De la Torre Díaz, Estrella; Valladares Mendías, Juan Carlos; Roldán Pérez, Sebastián; Romero Ruiz, Rosa María
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. [Video 5 minutos.](#)

Objetivos: Describir mediante vídeo la creación laparoscópica de un estoma cateterizable continente con uréter tras nefrectomía.

Métodos: Varón de 4 años de edad con antecedente de válvulas de uretra posterior (VUP) resecadas, que presenta nefropatía izquierda con anulación funcional secundaria a reflujo vesicoureteral por disfunción severa de vaciado. Cateterismos intermitentes limpios inefectivos debido a dificultades mecánicas y dolor, asociando ITU de repetición. Se realiza una nefrectomía laparoscópica y se crea un estoma cateterizable continente con el uréter remanente.

Resultados: Intervención quirúrgica sin incidencias, y adecuada recuperación postoperatoria, permitiendo el alta hospitalaria al cuarto día postoperatorio e inicio de cateterismo intermitente limpio a través del estoma a partir de la sexta semana PO.

Conclusiones: La creación laparoscópica de un estoma cateterizable continente con uréter nativo es una buena alternativa terapéutica en pacientes con disfunción severa del vaciado vesical que requieren una nefrectomía, aportando todas las ventajas más que conocidas de la cirugía mínimamente invasiva.



- **ABORDAJE RETROPERITONEOSCÓPICO ASISTIDO PARA REALIZAR URETEROPIELOPLASTIA SEGÚN TÉCNICA DE ANDERSON-HYNES: NUESTRA EXPERIENCIA EN 86 PACIENTES DESDE 1998**

Luque Mialdea, Rafael; Martín-Crespo Izquierdo, Rosa; Ramírez Velandia, Hilda; Carrera Guermeur, Noela; Maruszewski, Przemyslaw
Urología Pediátrica, Servicio de Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: Describir la técnica de pieloplastia extracorpórea asistida por abordaje retroperitoneoscópico utilizada en 86 pacientes (87 procedimientos).

Métodos: Desde 1998 hemos realizado 87 pieloplastias extracorpóreas asistidas por abordaje retroperitoneoscópico (PAAR). Técnica: Posición en decúbito latero-posterior, incisión costolumbar posterior y disección digital del espacio retro-renal y posterior dilatación con balón. Retroneumoperitoneo con presión de 11 mmHg. Trocar de Hasson e identificación de la unión pieloureteral. Exteriorización extracorpórea de la unión píelo-ureteral por la incisión del puerto de entrada hasta la piel. Se realiza pieloplastia extracorpórea con doble sutura corrida sobre stent doble J y magnificación. Drenaje tipo Penrose en lecho peri renal. Se ha revisado: el tiempo operatorio, la estancia hospitalaria, el manejo de dolor postoperatorio y los estudios postoperatorios de seguimiento renográfico.

Resultados: El abordaje retroperitoneoscópico fue óptimo para la identificación y disección de la unión píelo-ureteral y realizar pieloplastia extracorpórea por la incisión del puerto de entrada. Los parámetros estudiados muestran: tiempo quirúrgico medio de 100 min.; estancia hospitalaria media de 2 días. El manejo postoperatorio del dolor fue óptimo con anestesia locorregional caudal y una dosis de Ibuprofeno intrahospitalario. Las complicaciones fueron intraoperatorias (n=0) y postoperatorias: precoces (n=4) y tardías (n= 3). Los renogramas diuréticos seriados postoperatorios han mostrado: curva normal (24.39%), patrón pseudobstructivo (74.30%), curva de obstrucción parcial (1.02%) cifras similares tras una cirugía convencional.

Conclusiones: La pieloplastia extracorpórea asistida por retroperitoneoscopia es nuestra "Gold standard" para resolver la obstrucción ureteropélica en la edad pediátrica. La PAAR es alternativa de la pieloplastia convencional y laparoscópica.

- **DOS DÉCADAS DE EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL VARICOCELE EN LA EDAD PEDIÁTRICA**

Rojas-Ticona, Javier¹; Fernández Córdoba, María Soledad¹; Argumosa Salazar, Yrene Margarita¹; Marijuán Sahuquillo, Verónica¹; Ramírez Piqueras, María¹; Moratalla Jareño, Tania¹; Juliá Mollá, Enrique²

¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ²Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: Presentar nuestra experiencia de 23 años en el tratamiento del varicocele mediante embolización en la edad pediátrica.

Métodos: Estudio descriptivo observacional de todos los pacientes con varicocele tratados mediante embolización previa flebografía, por indicación del servicio de cirugía pediátrica entre los años 1995 a 2017. Realizamos análisis estadístico descriptivo y comparación entre dolor y asimetría testicular previa y posterior al tratamiento (SPSSv22).



Resultados: Se realizó embolización en 113 pacientes con varicocele izquierdo. La edad media de diagnóstico fue de 12,4 años (5,2-15,5). Los principales motivos de consulta fueron: hallazgo incidental (46,7%), aumento de volumen escrotal (28%) y dolor testicular (15,9%). El 61,5% eran de grado 3 y el 38,5% de grado 2. El procedimiento de embolización selectiva se realizó a una edad media de 13,6 años (8-18).

No se presentaron complicaciones graves del procedimiento ni hidrocele reactivo. La tasa de éxito global del tratamiento endovascular fue de 93,8%. En 85 pacientes (75,2%) se realizó un único procedimiento y en 21, dos procedimientos (18,6%). Sólo 4 pacientes requirieron intervención quirúrgica. El dolor desapareció en todos los casos en que se presentaba y la asimetría testicular disminuyó del 44,7% pre-tratamiento al 21,2% post-tratamiento ($p < 0,05$). El tiempo de seguimiento fue de 18 meses en promedio.

Conclusiones: El tratamiento endovascular mediante embolización permite un manejo selectivo del varicocele previo mapeo venoso con una adecuada efectividad, sin alterar el flujo arterial del testículo ni producir hidrocele. Es un tratamiento poco invasivo que se puede considerar de primera elección en varicoceles de niños y adolescentes.

- **CIRUGÍA ENDOSCÓPICA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA EL TRATAMIENTO DEL MEGAURETER OBSTRUCTIVO PRIMARIO: RESULTADOS A LARGO PLAZO**

Casal Beloy, Isabel; Somoza Argibay, Iván; García González, Miriam; Míguez Fortes, Lorena; Dargallo Cabonell, Teresa
Hospital Materno Infantil A Coruña. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: Evaluar los resultados y complicaciones a largo plazo de la dilatación endoscópica con balón en el megaureter obstructivo primario.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de megaureter obstructivo primario, tratados mediante dilatación endoscópica, desde 2004 hasta 2017. Las indicaciones de tratamiento quirúrgico fueron: empeoramiento de la hidronefrosis o función renal e infecciones urinarias recurrentes a pesar de profilaxis antibiótica.

Todos los pacientes fueron seguidos 3 meses tras la dilatación con ecografía y renograma MAG-3, y seis meses tras la dilatación con cistouretrografía y ecografía. Se realizó ecografía abdominal y seguimiento clínico de todos los pacientes hasta la fecha actual.

Resultados: 13 pacientes fueron tratados endoscópicamente, (7 niños y 6 niñas). La media de seguimiento actual es de 10.3 años, (R: 4.7 – 12.2). La edad media en el momento de la intervención fue de 9 meses (R: 2-24). La afectación fue del lado izquierdo en 8 pacientes (61.5%).

No se observaron complicaciones intraoperatorias. 4 pacientes precisaron antibioterapia oral por infección urinaria. Ningún paciente desarrolló reflujo vesico-ureteral secundario a la dilatación. Todos los pacientes presentaron un patrón no obstructivo en el renograma tras la dilatación. El diámetro pélvico y ureteral medio, valorado de forma pre y postoperatoria, mostró diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$). Ningún paciente mostró empeoramiento de la función renal tras la intervención. Todos los pacientes mantuvieron sus resultados sin recurrencias a largo plazo.

Conclusiones: La dilatación endoscópica con balón podría ser una técnica definitiva para el tratamiento del megaureter obstructivo primario susceptible de intervención quirúrgica tradicional.



- **USOS DEL LÁSER HOLMIUM:YTTRIUM-ALUMINUM- GARNET (HO:YAG) EN ENDOUROLOGÍA PEDIÁTRICA**

Kuan, María Esmeralda; Alcaraz, Pedro; Albertos, Nuria; Gallego, Natalia; Sánchez, Oscar; González, Jerónimo

Hospital General Universitario de Alicante. [Video 5 minutos.](#)

Objetivos: La introducción del láser Holmium:Yttrium-aluminum-garnet (Ho:YAG) junto con la mejoría de los cistoscopios pediátricos ha provocado un aumento de las indicaciones de procedimientos endourológicos en la patología pediátrica. El láser holmium tiene la ventaja de tener mayor precisión, menor penetración y variabilidad con diferentes tejidos, y menor potencial de daño térmico. Nuestro objetivo es presentar múltiples indicaciones para el láser Ho:YAG.

Métodos: Pacientes con procedimientos endourológicos donde se utilizó el láser Ho:YAG entre 2013 y 2017

Resultados: Se realizaron 10 procedimientos: un niño de 20 meses con pólipos de uretra posterior, un niño de 7 meses con valvas de uretra posterior (VUP), y 5 pacientes con 8 urolitiasis.

El pólipo ureteral se originaba del verum montanum y medía 15mm. Fue resecaado con éxito y en 9 meses de seguimiento no ha presentado recidiva.

Al niño con VUP se realizó ablación en la posición de 5h y 7h, posteriormente presentó un chorro miccional de buen calibre.

Los pacientes con urolitiasis tenían edad media de 6,4 años (DE 3,51). Los cálculos estaban localizados 5 en uréter distal, 2 ureter proximal y 1 en vejiga. Los cálculos tenían un tamaño medio de 14,2mm (DE 7,68). En 4 de los casos se utilizó un microuretroscopio (4,8fr), en el resto se utilizaron cistoscopios de 9 y 11 fr. Hubo un caso de migración del cálculo, y un caso de fragmentación incompleta. Ninguno presentó estenosis ureteral ni de uretra.

Conclusiones: El láser Ho:YAG es seguro y efectivo para el tratamiento de diferentes patologías urológicas.

- **URETEROURETEROSTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN DOBLE SISTEMA EXCRETOR**

Pérez Bertólez, Sonia; Martín Solé, Oriol; Arboleda Bustán, Jenny; Vicario Latorre, Francisco; García Aparicio, Luis

Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona. [Video 5 minutos.](#)

Objetivos: Dentro de los distintos tipos de cirugía que se pueden emplear con los dobles sistemas excretores, la ureteroureterostomía es una cirugía que nos permite tratar un hemisistema patológico pero con función preservada. El objetivo de este vídeo es mostrar los pasos técnicos de la ureteroureterostomía laparoscópica ipsilateral.

Métodos: Caso clínico.

Resultados: Niña de 5 años con ureterohidronefrosis superior izquierda con función preservada. La paciente presentaba incontinencia urinaria continua entre micciones normales.

El procedimiento comenzó mediante la realización de ureterocistoscopia y vaginoscopia sin lograr identificar el meato uretral superior izquierdo. Posteriormente se colocó un tutor ureteral en el sistema inferior izquierdo y una sonda de Foley. Se realizó una cirugía por vía laparos-

cópica transperitoneal con 3 trócares entre 3 y 5 mm. Tras incidir la línea de Toldt y exponer el retroperitoneo, se identificaron y disecaron ambos uréteres. Se realizó la transección del uréter superior y se realizó una ureteroureterostomía término-lateral al uréter inferior ipsilateral. Se dejó un catéter doble J. La sutura de la anastomosis se realizó con puntos simples de vicryl 5/0 intracorpóreos. Se dejó un drenaje tipo Redon en el lecho quirúrgico. La sonda vesical se retiró a las 24 horas y el drenaje a las 48 horas, pudiendo irse de alta hospitalaria. La incontinencia urinaria desapareció tras la intervención quirúrgica y los controles ecográficos mostraron una disminución significativa de la dilatación de la vía excretora.

Conclusiones: La ureteroureterostomía laparoscópica es una técnica posible y segura, con todas las ventajas que aporta la cirugía mínimamente invasiva.

- **ESTENOSIS URETRAL BULBAR CONGÉNITA POR MEMBRANA DE COBBS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS**

Tardáguila Calvo, Ana Rosa; Simal Badiola, Isabel; López López, Antonia Jesús; Fernández Jiménez, Inmaculada; De Diego García, Ernesto
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. [Video 3 minutos.](#)

Objetivos: Presentar las particularidades de esta entidad y sus diferentes opciones de tratamiento endourológico así como revisión de la literatura a propósito de dos casos.

Métodos: Presentamos el caso clínico, pruebas complementarias e imágenes intraoperatorias de dos pacientes de 7 y 11 años tratados por nuestro servicio por membrana de Cobbs. El primero debutó como dificultad progresiva para la micción, mientras que el segundo lo hizo como hematuria terminal aislada.

Resultados: La ecografía abdominal fue normal en ambos pacientes. El primer paciente presentó una retención urinaria aguda que precisó cistoscopia exploradora en el curso de la cuál se visualizó la membrana de Cobbs. En el segundo, la CUMS demostró una estenosis de uretra bulbar que se confirmó uretrocistoscópicamente. En el primer caso se realizó dilatación con balón de la membrana dado su carácter obstructivo total, mientras que en el segundo se optó por la resección fría de la misma, sin registrar complicaciones en ningún caso y con un tiempo quirúrgico muy reducido.

Conclusiones: La membrana de Cobbs es una membrana congénita circular en la uretra bulbar, sin dependencia del veru montanum. Su pronóstico con tratamiento endourológico es, por lo general, excelente, al contrario de otras causas de estenosis de uretra bulbar, que generalmente precisan para su corrección uretroplastia mediante abordaje convencional. Por este motivo es imperativo conocer la existencia y particularidades de esta entidad. Por último, cómo se observa en nuestros pacientes, diferentes técnicas endourológicas ofrecen una opción de tratamiento segura y eficaz a largo plazo.

- **INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO DESPUÉS DE LA REALIZACIÓN DE CISTOURTROGRAFÍA: ¿ES NECESARIA LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA?**

Guillén Redondo, Pilar; Espinoza Vega, Manuel; Ecclesia, Francesco Giuseppe; Aparicio López, Cristina; De Lucas Collantes, Carmen; Souto Romero, Henar; Espinoza Góngora, Rocío; Luis Huertas, Ana Lourdes; De Lucio Rodríguez, Marta; Riñón Pastor, Cristina; Arteaga García, Rafael
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. [Oral 3 minutos.](#)



Objetivos: Conocer la frecuencia de infección urinaria (ITU) tras la realización de una cistouretrografía (CUMS).

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a CUMS entre diciembre de 2015 y noviembre de 2017. Se recogieron datos demográficos, clínicos, microbiológicos y radiológicos. Se definió ITU post-CUMS al episodio clínico compatible con confirmación bacteriológica por urocultivo en los 10 días posteriores.

Resultados: Se incluyeron 256 pacientes (145 mujeres y 111 varones), con una media de edad de 5 años. Las indicaciones principales fueron ITU febril en 118 (46%) y reflujo vesicoureteral (RVU) en 61 (24%). Recibieron profilaxis antibiótica peri-procedimiento 177 pacientes (69%). En los 79 (31%) restantes sin profilaxis, se realizó un urocultivo 6 días antes para descartar ITU. De los 99 pacientes con cistouretrografía patológica, el hallazgo más frecuente fue RVU (26,5%), seguido de vejiga neurógena (6%).

Se confirmó ITU post-CUMS en 6/256 (2,34%) pacientes (3 niños y 3 niñas), con una mediana de edad de 27 meses (r: 3–120m). Cuatro de ellos tenían una alteración del tracto urinario (3 RVU, 1 ureterohidronefrosis) y cinco recibían profilaxis. Los gérmenes aislados fueron *Escherichia coli* (2/6), *Klebsiella* (2/6), *Enterobacter* (1/6) y *Pseudomona* (1/6); siendo 4/6 resistentes a profilaxis. No se halló diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de ITU entre profilaxis y urocultivo previo ($p=0.66$).

Conclusiones: La frecuencia de ITU tras cistouretrografía es baja, existiendo una mayor prevalencia de gérmenes "atípicos". La realización de urocultivo previo puede resultar una alternativa segura y útil a la antibioterapia, como prevención de ITU asociada a cistouretrografía.

• VIDEOURODINAMIA CON CISTOSONOGRAFÍA PARA ESTUDIO DE LA DISFUNCIÓN MICCIONAL Y OTRAS UROPATÍAS EN NIÑOS

Fernández Córdoba, María Soledad¹; Parrondo Muños, Cecilia²; Argumosa Salazar, Yrene Margarita¹; Marijuán Sahuquillo, Verónica¹; Ramírez Piqueras, María¹; E. moratalla Jareño, Tania¹; Rojas Ticona, Javier¹; Vidal Company, Alberto³.

¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ²Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ³Servicio De Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: Valorar la utilidad de una nueva modalidad de videourodinamia en el estudio de la disfunción miccional y otras uropatías en niños, sustituyendo la cistouretrografía miccional seriada por cistosonografía, sin usar radiaciones ionizantes.

Métodos: Se ha realizado simultáneamente cistomanometría de llenado y cistosonografía en 43 niños en los dos últimos años en nuestro Centro. El contraste sonográfico fue infundido a través del catéter de urodinamia.

Resultados: La muestra consta de 22 niñas y 21 niños, con edades de entre 1,5 y 14 años (mediana 6,52). La indicación más frecuente en los varones fue disfunción miccional y en las niñas infecciones urinarias de repetición. El 67,4% presentaba alteraciones urodinámicas, predominando baja acomodación vesical (N=8), hiperactividad del detrusor mixta (N=6) y disinergia véscico-esfinteriana (N=4). 15 de los pacientes tenían reflujo: 9 pasivos (sin actividad del detrusor) y 6 activos (asociado a actividad contráctil del detrusor o en fase miccional).

Se vio patología uretral en dos varones (valvas de uretra) y dos niñas (uretra en peonza). Se encontró relación estadísticamente significativa entre la presencia de reflujo vesicoureteral y otras variables: capacidad vesical ($r=0,36$; $p=0,043$), actividad del detrusor ($t=3,75$; $p=0,001$) y sexo ($t=3,75$; $p=0,001$), siendo más frecuente en niñas, con vejigas grandes y con hiperactividad. No se ha visto relación entre reflujo y residuo postmiccional alto.

Conclusiones: La cistasonografía puede sustituir a la cistouretrografía convencional como prueba de imagen asociada a la urodinamia. Con este tipo de exploración hemos podido indicar un tratamiento a nuestros pacientes, someténdolos a un único sondaje y sin exponerlos a radiaciones ionizantes.

09:45 a 11:00 h

MESA COMUNICACIONES 6.

TÓRAX 1

Moderadoras:

Dr. Garrido Pérez, José Ignacio.Córdoba

Dra. Molina Caballero, Ada. Pamplona

- **¿ES LA RADIOGRAFÍA SUFICIENTEMENTE SENSIBLE PARA ESTABLECER INDICACIÓN QUIRÚRGICA EN EL PECTUS EXCAVATUM?**

Güizzo, Javier; Laín Fernández, Ana; García Martínez, Laura; Giné Prades, Carles; Carreño, Joan Carles; Leganés Villanueva, Carlos; López Paredes, Manuel
Hospital Universitario de la Vall d'Hebron. Barcelona. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es valorar la correlación de 3 índices de severidad del Pectus excavatum (PE) medidos en la radiografía de tórax (Rx) y compararlas con las medidas en el TAC/RMN, calculando su sensibilidad y su valor predictivo positivo para establecer indicación quirúrgica.

Métodos: Estudio retrospectivo (2010–2017) de los pacientes con PE valorados en consultas externas con estudios TAC/RMN contiguos a Rx (menos de 6 meses). Se midieron el IH, el índice de corrección (IC) y de depresión (ID) en TC/RMN por un adjunto y un residente, en Rx por un adjunto y un radiólogo pediátrico. Se calcularon los coeficientes de correlación de Spearman y la sensibilidad de la radiografía para establecer indicación quirúrgica (IH?3.25, IC?20%, ID?0.2).

Resultados: Analizamos 48 pacientes (media 12,48 años). La media de los índices en Rx vs TC/RMN fue: IH:4.36 vs 4.46, IC: 34.29% vs35.37% ID 0.94 vs 0.76, siendo las correlaciones de las mediciones realizadas entre los diferentes profesionales significativas ($p<0.0001$).

Los índices medidos en el TAC/RMN se correlacionaron significativamente con los medidos en la Rx ($p<0.0001$): IH $r=0.72$, IC $r=0.58$, ID $r=0.47$.

La sensibilidad de la Rx para detección de casos quirúrgicos fue 0.8 para el IH, 0.91 para el IC y 1 para el ID, con los siguientes valores predictivos positivos: 0.84; 0.95 y 0.93.



Conclusiones: La Rx es útil para el diagnóstico, monitorización y valoración de la severidad del PE permitiendo el cálculo del IH, IC y ID.

- **¿INFRATRAMOS EL PECTUS EXCAVATUM? COMPARATIVA ENTRE ÍNDICE DE HALLER CON ÍNDICES DE CORRECCIÓN Y DEPRESIÓN**

Güizzo, Javier; Laín Fernández, Ana; García Martínez, Laura; Giné Prades, Carles; Carreño, Joan Carles; Leganés Villanueva, Carlos; López Paredes, Manuel

Hospital Universitario de la Vall d'Hebron. Barcelona. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: En los últimos años nuevos índices están en auge en la evaluación del pectus excavatum (PE). El objetivo de nuestro estudio es comparar la indicación quirúrgica establecida por el clásico índice de Haller (IH) con el índice de Corrección (IC) y de Depresión (ID).

Métodos: Estudio retrospectivo (2010-2017) de los estudios por TC/RMN de los pacientes con PE valorados en consultas externas. Se realizaron 2 mediciones de cada índice (adjunto y residente). Dado que la indicación quirúrgica del PE está establecida internacionalmente en IH superiores a 3.25, valoramos los IC e ID en 2 grupos: estudios con IH inferiores y superiores a 3.25.

Tras revisión de la literatura decidimos considerar $IC > 20\%$ e $ID > 0.2$ indicativos de corrección.

Resultados: Se realizaron 81 estudios en 77 pacientes, edad media 12 años.

La correlación entre las medidas realizadas por el adjunto versus el residente fue significativa: $IH r=0.942$ ($p < 0.0001$), $IC r=0.862$ ($p < 0.0001$), e $ID r=0.762$ ($p < 0.0001$). Veinticinco estudios mostraban un $IH > 3.25$: 21 (84%) tenían $IC > 20\%$ y 24 (96%) $ID > 0.2$, ambos indicativos de cirugía. Cambiando el límite de IC a 10% (propuesto por St. Peters 2011), los 25 pacientes tendrían que haber sido operados. Cincuenta-seis estudios mostraban un $IH > 3.25$: 1 (1.78%) presentaba un $IC < 20\%$, y 3 (5.35%) un $ID < 0.2$.

Conclusiones: Siguiendo el criterio publicado para los nuevos índices, los pacientes con PE podrían estar siendo infratratados en un 26% y sobretatados un 3.7%.

Un consenso internacional es fundamental para establecer el índice más fiable y sus límites para indicación quirúrgica.

- **EVALUACIÓN DEL PECTUS EXCAVATUM MEDIANTE ESCÁNER EXTERNO 3D ¿EXISTE CORRELACIÓN ENTRE LOS ÍNDICES INTERNOS Y EXTERNOS?**

Jiménez Arribas, Paula; Laín Fernández, Ana; García Martínez, Laura; Giné Prades, Carlos; López Paredes, Manuel

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: El escáner externo 3D (EE3D) permite calcular índices externos útiles para el diagnóstico y seguimiento de las deformidades de la pared torácica. Nuestro objetivo es identificar si existe correlación entre los índices externos y los índices internos calculados mediante TC/RMN.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con pectus excavatum (PE) evaluados mediante EE3D (2017-2018). El Índice de Haller Externo (IHE) y el Índice de Corrección Externo (ICE) obtenidos mediante EE3D fueron comparados con el Índice de Haller (IH) e Índice de Corrección (IC) medidos en TC/RMN. Los pacientes con más de 1 año de diferencia entre TC/RMN y EE3D fueron excluidos. Se calcularon Índices de Correlación estadística mediante "statcrunch" software.

Resultados: 29 pacientes se realizaron EE3D. 7 fueron excluidos. De los 22 restantes, 14 fueron varones y 8 mujeres (edad media 13 años). Todos presentaban PE severo (media IH = 4,55, media IC = 38%). La mediana de tiempo entre TC/RMN y EE3D fue 6 meses.

Se halló correlación significativa entre IC e ICE ($r = 0,65$, $p = 0,0012$), siendo más fuerte en varones ($r=0,74$) que en mujeres ($r=0,69$). No se halló correlación entre IH e IHE ($r = 0,37$, $p = 0,09$).

Conclusiones: El EE3D es útil en el diagnóstico y seguimiento del PE. Existe correlación entre CI y ECI por lo que podría sustituir a exploraciones radiológicas repetidas. Es necesario un estudio incluyendo pacientes sin deformidad torácica y con diferentes grados de PE para definir mejor la correlación y establecer equivalencias entre índices internos y externos.

• COMPRESIÓN DE LA VENA CAVA INFERIOR EN NIÑOS CON PECTUS EXCAVATUM

Dore, Mariela; Bret, Monserrat; Triana, Paloma; Jiménez, Javier; Parrón, Manuel; Serradilla, Javier; Encinas, José Luis; Martínez-Martínez, Leopoldo; López-Santamaría, Manuel; De La Torre, Carlos Hospital Universitario La Paz. Madrid. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: En casos graves de pectus excavatum (PE), el hundimiento esternal ocasiona distorsión del corazón y grandes vasos. El propósito de este estudio fue determinar si existe compresión de la vena cava inferior (VCI) en estos pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con PE grave valorados entre 2015 y 2017. Se efectuaron mediciones del diámetro anteroposterior (AP) y transverso de la VCI suprahepática a su paso por el hiato diafragmático en imágenes de RM-cardíaca. Éstas se compararon con las medidas de pacientes a los que se les realizó una RM o TC por otro motivo, ajustando los datos para edad y sexo.

Resultados: De los 81 pacientes, 28 casos y 53 controles, el 63% fueron varones con una edad media de 12.90.5a. Se identificaron diferencias significativas entre los grupos, tanto del diámetro AP como del transverso: 13.30.75mm vs 15.80.76mm ($p=0.001$) y 28.81.34mm vs 27.10.89mm ($p=0.045$), respectivamente. Tras ajustar los datos para edad y sexo, estas diferencias solo fueron significativas para el diámetro AP de la VCI en hombres: 12.70.5mm (IC95% 11.66-13.79mm) vs 16.60.5mm (IC95% 15.69-17.56mm) ($p=0.000$). El coeficiente de correlación de Pearson del diámetro AP con el índice de Haller fue $r=-256$ ($p=0.01$), lo que demuestra que a mayor índice, menor diámetro AP de la VCI.

Conclusiones: Los varones con un hundimiento esternal grave asocian compresión de la VCI. Estos cambios se correlacionan con la gravedad de la deformidad y podrían justificar algunos síntomas y alteraciones cardiovasculares encontradas en pacientes con PE grave.

• ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE ROTACIÓN ESTERNAL Y COMPRESIÓN CARDÍACA EN PACIENTES CON PECTUS EXCAVATUM: RESULTADOS PRELIMINARES

Redondo Sedano, Jesús Vicente¹; Bellía-Munzon, Gastón²; Martínez, Jorge²; Nazar Peirano, Maximiliano²; Deviggiano, Alejandro³; Rodríguez-Granillo, Gastón³; Delgado Muñoz, María Dolores¹; Martínez-Ferro, Marcelo²

¹Hospital Universitario Doce de Octubre. ²Departamento de Cirugía Pediátrica, Fundación Hospitalaria, Hospital Privado de Niños. ³Departamento de Tomografía Computarizada y Resonancia Magnética, Diagnóstico Maipu. **Oral 5 minutos.**



Objetivos: Analizar si existe relación entre la rotación esternal y la compresión cardíaca en pacientes diagnosticados de pectus excavatum.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes con diagnóstico de pectus excavatum, valorados con TAC y cardio resonancia magnética de forma preoperatoria. Se analizaron los parámetros de orientación y amplitud de rotación esternal obtenidos en un corte transversal de TAC, y su relación con la compresión cardíaca, estudiada por resonancia magnética en un corte de cuatro cámaras.

Resultados: El estudio incluyó 60 pacientes con una mediana de edad de 17 años (rango 14-23 años). La orientación de rotación esternal más frecuente fue la derecha, presente en 33 pacientes (55%), seguida de la orientación izquierda (17 pacientes, 28%). 46 pacientes (76.6%) mostraron compresión cardíaca en la resonancia magnética. La rotación esternal izquierda se asoció con la afectación exclusiva de la pared libre del ventrículo derecho, mientras que la rotación derecha mostró, además, afectación de la unión aurículo-ventricular ($p=0.005$). Grados de rotación más pronunciados (intervalo entre 16° y 29°) presentaron afectación de ambas partes del ventrículo derecho ($p=0.001$).

Conclusiones: La amplitud y la orientación de la rotación esternal se relacionan con la morfología de la compresión cardíaca en pacientes con pectus excavatum.

• ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA INTRAOPERATORIA: CAMBIOS CARDIOLÓGICOS DURANTE LA CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DEL PECTUS EXCAVATUM

García Martínez, Laura; Laín, Ana; Giralt, Gemma; Dolader, Paola; Ginè, Carles; Villaverde, Iván; López, Manuel
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: La compresión cardíaca en niños con pectus excavatum (PE) se evalúa habitualmente mediante ecocardiografía transtorácica (ETT) en reposo, aunque la depresión esternal puede dificultar su interpretación. Evaluamos los cambios producidos en las cavidades cardíacas derechas durante la corrección quirúrgica del PE usando la ecocardiografía transesofágica (ETE) intraoperatoria.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes sometidos a cirugía de PE (2017-2018). La compresión cardíaca se evaluó bajo anestesia general con una ETE, antes e inmediatamente después de la corrección quirúrgica. Se midieron cambios en el diámetro telediastólico del ventrículo derecho (DTDVD) y en los diámetros de aurícula derecha (AD) y anillo tricuspídeo (AT).

Resultados: Nueve pacientes con una edad de 14,8 años (12,5-16,6) fueron evaluados. El índice de Haller fue de 4,5 (3,5-6,6) y el índice de corrección de 40,9 (31,7-59,5). La ETT preoperatoria objetivó compresión cardíaca en 2, y fue normal en el resto. Antes de la corrección, la ETE intraoperatoria demostró compresión de cavidades derechas y deformidad del AT en todos los casos. En 8 se realizó cirugía de Nuss (2 barras) y en un caso la técnica de Pectus-Up. Durante la elevación esternal mejoraron los tres parámetros evaluados: el aumento medio del DTDVD, y de los diámetros de AD y AT fue de 6,5 mm (3-11,6), 11,5 mm (0-15,9) y 7,95 mm (0-10), respectivamente.



Conclusiones: La ETT preoperatoria en reposo podría infravalorar la compresión cardíaca en niños con PE. La ETE intraoperatoria permite detectar la compresión de las cavidades cardíacas derechas y su mejoría durante la corrección.

- **APLICABILIDAD DE LA CLASIFICACIÓN CLAVIEN DINDO EN LAS COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS DEL PROCEDIMIENTO DE NUSS**

Esteva Miró, Clara; Pérez-Gaspar, Mireia; Brun Lozano, Núria; Álvarez García, Natalia; Rojo Díez, Raquel; Betancourth Alvarenga, Josué Eduardo; Santiago Martínez, Saioa; Núñez García, Bernardo

Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: La intervención de Nuss como tratamiento del Pectus Excavatum es una cirugía segura pero no está exenta de complicaciones. Dindo y Clavien describieron en 1999 una clasificación para registrar complicaciones en cualquier procedimiento quirúrgico, en 2004 la ampliaron y en 2009 publicaron un primer estudio multicéntrico.

Métodos: Presentamos una serie retrospectiva de pacientes afectados de Pectus Excavatum intervenidos entre enero 2010 y enero 2018. La media de edad fue 14,67 años (4 - 27), con una media de índices de Haller de 6,06 (3,35 - 14,14) y una media de índices de corrección de 41,2% (16 - 87%). Se recogen un total de 31 pacientes y su morbilidad asociada a la cirugía de Nuss hasta la retirada de la barra.

Resultados: Se observaron complicaciones leves I-IIIa de la clasificación de Clavien Dindo en el 35,48% de los pacientes. Se constató seroma en 4 pacientes (12%), de los cuales 1 presentó sobreinfección y otro, dehiscencia de herida. En 6 pacientes se observó movilización de la prótesis y en 1 paciente, edema agudo de pulmón postoperatorio (3%).

De los 11 pacientes que presentaron complicaciones, sólo 6 requirieron reintervención: 5 de ellos por movilización de la prótesis y uno por infección no resuelta con antibioterapia endovenosa.

Conclusiones: La clasificación de Clavien Dindo se emplea cada vez más como una forma de unificar los criterios de las complicaciones quirúrgicas permitiendo comparar los resultados obtenidos. Comprobamos que es perfectamente factible y reproducible para reflejar la morbilidad del procedimiento quirúrgico de Nuss y poder compararla con otros grupos.

- **RECIDIVA EN PECTUS EXCAVATUM: ¿QUÉ PODEMOS HACER?**

García Martínez, Laura; Laín, Ana; Ginè, Carles; López, Manuel
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: El tratamiento de recidivas de pectus excavatum (PE) post-corrección quirúrgica es complejo, no existiendo protocolos de manejo específico. Analizamos pacientes con recidiva de PE y los procedimientos realizados para solucionarla.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de recidivas de PE(2016-2018) que requirieron un segundo procedimiento (reintervención/campana de succión).

Resultados: Cinco pacientes con una edad de 12 años (8-16) precisaron tratamiento por recidiva. La corrección inicial se realizó con una barra retroesternal en 4 (estabilizador unilateral en 3 y bilateral en 1) y por técnica Pectus-up en 1. Las causas de recidiva fueron: retirada



prematura de barra por hemotórax y pericarditis (1), retirada prematura de barra en <8 años (2), desplazamiento progresivo de la barra 1 año post-corrección (1) y movilización de la placa pectus-up (1). Tres casos se manejaron quirúrgicamente realizando toracoscopia para liberar adherencias y retirar el material desplazado. Se realizó elevación esternal y colocaron de 2 barras retroesternales fijadas con puentes laterales bilaterales. No hubo complicaciones, el hundimiento se corrigió completamente y las barras no se han desplazado en ningún caso. Dos pacientes (edad media 9 años) se trataron con campana de succión y siguen bajo tratamiento, mostrando el scanner 3D externo mejoría del hundimiento.

Conclusiones: La reintervención por técnica de Nuss es factible. La elevación esternal intraoperatoria y el abordaje toracoscópico para liberar adherencias pueden reducir complicaciones. La colocación de 2 barras con puentes laterales permite corregir el hundimiento y podría minimizar desplazamientos prematuros y futuras recidivas. La campana de succión es una alternativa eficaz en los pacientes más jóvenes.

• SECUESTROS PULMONARES EN PACIENTE PEDIÁTRICO: ¿EXISTEN ALTERNATIVAS A LA CIRUGÍA?

Melero Guardia, Leonor¹; Cano Novillo, Indalecio¹; López Díaz, María¹; Aneiros Castro, Belén¹; Redondo Sedano, Jesús Vicente¹; Benavent Gordo, María Isabel¹; Gómez Fraile, Andrés¹; Tarradó Xavier Melero Guardia, Leonor¹; Cano Novillo, Indalecio¹; López Díaz, María¹; Aneiros Castro, Belén¹; Redondo Sedano, Jesús Vicente¹; Benavent Gordo, María Isabel¹; Gómez Fraile, Andrés¹; Tarradó, Xavier²

¹Hospital Universitario 12 Octubre, Madrid. ²Hospital San Joan de Deu, Barcelona. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia en cirugía toracoscópica de los secuestros pulmonares y evaluar las ventajas y desventajas que existen frente a las técnicas de embolización.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos de secuestro pulmonar en nuestro centro entre 2006-2017. Se recogen las variables: Diagnóstico prenatal y postnatal, edad en la cirugía, complicaciones, tiempo de hospitalización, tiempo de seguimiento y número de consultas hasta alta definitiva. Comparando estos resultados con los publicados sobre embolización en el secuestro pulmonar en niños.

Resultados: La serie incluye 28 pacientes (13 varones: 16 mujeres). Hubo 19 secuestros intralobares y siete extralobares. Se encontró un secuestro intra y extralobar y dos secuestros intraabdominales. El diagnóstico se realizó mediante TAC torácico. El tiempo medio de hospitalización fue de 8.38 días. Tres pacientes presentaron complicaciones postquirúrgicas durante ingreso que precisaron reintervención. En el seguimiento a largo plazo el 58,6% de los pacientes han recibido alta definitiva con una media de 3.11 revisiones en consulta.

Comparamos los resultados al revisar la bibliografía de los secuestros pulmonares tratados mediante embolización. Se encuentran diferencias significativas en el tiempo medio hasta el alta 20.6 meses en nuestra serie frente a 55.2 en los tratados mediante embolización. Otros problemas de la embolización son la posibilidad de repermeabilización y la falta de anatomía patológica.

Conclusiones: El tratamiento mediante embolización de los secuestros puede ser una alternativa a la cirugía en casos seleccionados. La cirugía mínimamente invasiva, en el momento actual es la mejor opción para el tratamiento en pacientes pediátricos.

- **PROTOCOLO PROBABILÍSTICO DE MANEJO DE CUERPO EXTRAÑO EN VÍA AÉREA**

Valdivieso Castro, Marcela; Tuduri Limousin, Iñigo; Cardenal Alonso-Allende, Teresa Mercedes; Álvarez Martínez, Luana; Oliver Llinares, Francisco José
Hospital Universitario de Cruces. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: Creación de un protocolo de manejo del cuerpo extraño (CE) en vía aérea (VA) basado en una escala de probabilidad.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes con sospecha de aspiración de CE en 15 años. Los parámetros fueron valorados con un SCORE que contempla atragantamiento presenciado, estridor y sibilancias durante el atragantamiento, hipoventilación unilateral y radiografía alterada. Dicha escala los relaciona con una probabilidad de presencia de CE en VA, donde una puntuación <1 se asocia a menos de un 10% y >4 a >50%.

Según la probabilidad se plantea: observación, TC o instrumentación de VA. A continuación se intentó optimizar en función de nuestra casuística.

Resultados: Se analizaron 109 pacientes (mediana 25 meses), identificándose CE en 88, principalmente frutos secos.

De las variables predictoras sólo fueron significativas: la hipoventilación unilateral y la radiografía alterada.

En nuestra serie se observó la misma probabilidad ascendente entre la escala y la presencia de CE, excepto en la puntuación de 1 que fue del 57%, lo que atribuimos a un sesgo de información. Si el CE no era fruto seco, material inorgánico o hueso, era muy improbable su aspiración ($p=0$) por lo que lo incluimos en el SCORE con un -1.

Conclusiones: La aplicación de la escala implicaría la realización de un 7,5% más de TC en pacientes sin CE pero evitando un 8,5% de instrumentaciones de la VA.

Nuestros resultados presentan un sesgo de información, propio de un estudio retrospectivo. Actualmente hemos iniciado la implementación prospectiva, invitando a otros centros a realizar un estudio multicéntrico.

11:00 a 11:30 h

PAUSA CAFÉ (Hall Exposición Comercial)

11:30 a 13:00 h

MESA REDONDA 3.

TERAPIAS AVANZADAS EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA

- **Desafíos en el desarrollo y uso clínico de las terapias avanzadas**
Dra. Natividad Cuende Melero. Sevilla
- **Implicación de la industria biosanitaria en terapias avanzadas en pediatría**
Dr. Roke Iñaki Oruezabal Guijarro. Sevilla
- **Desarrollo de nuevas terapias en cirugía pediátrica**
Dr. Miguel Alaminos Mingorance. Granada



13:00 a 14:00 h

MESA COMUNICACIONES 7.

TÓRAX 2

Moderadoras:

Dra. Delgado Muñoz, Dolores. Madrid

Dr. López Candel, Eduardo. Almería

- **TRAQUEOTOMÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: RESULTADOS SEGÚN LA INDICACIÓN**
Melero Guardia, Leonor; Antón-pacheco, Juan Luis; Morante Valverde, Rocío; López Díaz, María; Aneiros Castro, Belén; Redondo Sedano, Jesús Vicente; Benavent Gordo, María Isabel; Gómez Fraile, Andrés
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia en la realización de traqueotomías en una Unidad multidisciplinaria de vía aérea.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes sometidos a traqueotomía en el periodo 2008-2017. Se recogieron las variables: datos demográficos, edad, indicación, técnica quirúrgica, complicaciones, tasas de decanulación, y mortalidad. Además, estas dos últimas variables se compararon estadísticamente en función de la indicación concreta.

Resultados: 104 pacientes se incluyeron en la serie con una edad media en la traqueotomía de 2.8 años (rango, 3 días-15 años). La técnica quirúrgica más frecuente fue la de Cotton en el 87.5%. Las indicaciones se clasificaron en 5 grupos: (1) Obstrucción de la vía aérea (n=64); (2) patología respiratoria adquirida (n=15); (3) patología respiratoria congénita (n=5); (4) patología neurológica adquirida (n=15); y (5) patología neurológica congénita (n=5). La tasa de decanulación global fue 49% y el tiempo medio hasta la decanulación 1.6 años. La tasa de decanulación en cada grupo fue: 68.6%, 63.6%, 0%; 50%; y 0%, respectivamente (p=0.0137). Las complicaciones más frecuentes fueron fistula traqueocutánea persistente (14.4%), granuloma y colapso supraestomal (5.7%). La mortalidad global fue 15.3 %, y en cada grupo: 6.2%, 20%, 40%, 33.3% y 40%, respectivamente (p=0.0128). En un solo paciente el fallecimiento estuvo relacionado con la traqueostomía.

Conclusiones: La traqueotomía es una intervención relativamente frecuente en nuestro contexto debido a la tipología de pacientes que tratamos. Las tasas de decanulación y mortalidad están relacionadas significativamente con la indicación concreta del procedimiento.

- **¿DEBEN TRATARSE LAS FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS PULMONARES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS?**
Guillén, Gabriela; López-Fernández, Sergio; Molino, José Andrés; Pérez-Lafuente, Mercedes; Moreno, Antonio; López, Manuel
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: Las indicaciones terapéuticas en las fístulas arteriovenosas pulmonares (FAVP), en especial en edad pediátrica, no están bien definidas. Nuestro objetivo es analizar nuestra experiencia con esta patología.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes con FAVP valorados en un centro pediátrico terciario entre los años 2013-2017, con especial atención al diagnóstico, tratamiento y evolución de los mismos.

Resultados: Siete pacientes fueron diagnosticados de FAVP a una media de edad de 11,1 años (0,4-18,8). Entre las comorbilidades destacaban: telangiectasia hemorrágica hereditaria (1), estenosis de venas pulmonares (1), malformación de Abernethy (1) y metástasis pulmonares de tumor ovárico (1). Cuatro pacientes (57,1%) presentaban clínica respiratoria (2 disnea, 1 tos, 1 dolor torácico) y/o secundaria a complicaciones (1 hemoptisis, 1 absceso cerebral, 1 ictus). Cuatro pacientes fueron tratados mediante embolización endovascular (EE) y 2 de ellos fueron posteriormente intervenidos quirúrgicamente (1 neumonectomía por repermeabilización repetida y morbilidad grave asociada tras 4 EE y 1 lobectomía por hipertrofia arterial progresiva tras 2 EE). Los casos tratados no han presentado complicaciones tras un seguimiento de 2,5 años (7 días-4,5 años). Un paciente está pendiente de EE. De los pacientes no tratados, uno falleció (FAVP generalizadas bilaterales) por crisis de hipertensión pulmonar y fallo cardíaco y en el otro caso se perdió el seguimiento.

Conclusiones: El tratamiento de las FAVP en pacientes pediátricos debe plantearse incluso en pacientes asintomáticos, ya que el riesgo de complicaciones graves es muy elevado. La EE constituye la primera opción terapéutica, pero la exéresis quirúrgica puede ser necesaria en determinados pacientes.

• LINFANGIOGRAFÍA INTRANODAL EN QUILOTÓRAX PEDIÁTRICO, UNA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA

Jiménez Gómez, Javier; Gómez Cervantes, Juan Manuel; Núñez Cerezo, Vanesa; Amesty Morello, Virginia; Ponce Dorrego, María Dolores; Nava Hurtado de Saracho, Francisco de Borja; Martínez Martínez, Leopoldo; López Gutiérrez, Juan Carlos
Hospital Universitario La Paz. Madrid. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: El quilotórax secundario es una entidad rara con una alta morbilidad. La embolización del conducto torácico (CT) mediante linfangiografía intranodal (LI) con aceite etiodizado (AE) forma parte del arsenal terapéutico del quilotórax en el adulto. Presentamos nuestra experiencia con esta técnica en pacientes pediátricos con quilotórax refractario al tratamiento médico.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes tratados en nuestro centro por quilotórax refractario con LI en los últimos 4 años. Se recogieron los datos epidemiológicos, clínicos, terapéuticos y linfangiográficos.

Resultados: Se identificaron 4 pacientes, con unas medianas de edad y peso de 2.5 meses (1-16) y 4.25Kg (2.8-10) respectivamente. En 3 de los pacientes el quilotórax fue secundario a cirugía cardíaca y en el restante a trombosis extensa de vena cava superior. La mediana de débito fue de 46ml/kg/día (19-64) y la de tiempo de tratamiento médico de 47 días (13-56). En todos ellos se realizó LI, opacificándose el CT solo en un paciente, sin lograrse la embolización. A pesar de ello, tras la LI, el quilotórax cesó en el grupo postquirúrgico independientemente del nivel de opacificación del árbol linfático. En el paciente secundario a trombosis, se realizó ligadura quirúrgica del CT 6 días después del estudio.



Conclusiones: La LI es una técnica diagnóstica e incluso terapéutica en casos de quilotórax refractario, que comienza a ser necesaria y realizable en centros con experiencia. El AE parece sellar la fuga linfática por un mecanismo embolizante en casos postquirúrgicos, eliminando la necesidad del cierre quirúrgico.

- **SIMPATECTOMÍA TORACOSCÓPICA IZQUIERDA PARA EL TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA DE LAS ARRITMIAS VENTRICULARES**

González Ruiz, Yurema; Escartín Villacampa, Ricardo; González Esgueda, Ainara; Pisón Chacón, Javier; Siles Hinojosa, Alexander; Domínguez García, Cristina; Jiménez Montañés, Lorenzo
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: La simpatectomía izquierda se considera el tratamiento de segunda línea en los pacientes con arritmias ventriculares refractarias al tratamiento médico, como el Síndrome QT largo congénito (SQLC) o la Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC). El objetivo de nuestro estudio es mostrar los resultados obtenidos en nuestros primeros casos.

Métodos: Presentamos 3 pacientes diagnosticados de arritmias ventriculares tipo TVPC, refractarios al tratamiento médico. En uno de ellos se realizó ablación por radiofrecuencia. A todos los pacientes se les realizó una simpatectomía toracoscópica izquierda de la cadena simpática de T2 a T4 como tratamiento de segunda línea.

Resultados: La edad media de los casos fue de 10'7 años [rango 8'75-12 años]. El tiempo de ingreso medio fue de 3'33 días [rango 1-5]. La evolución postoperatoria fue buena, no presentando ninguno de los pacientes nuevos síncope secundarios a la TVPC ni extrasístoles en el Holter implantable. No encontramos complicaciones intraoperatorias. A medio plazo, uno de los pacientes presentó un síndrome de Horner temporal, que cedió a los 2 meses, y otro de los pacientes una hiperhidrosis contralateral compensatoria de la extremidad superior. El tiempo de seguimiento medio ha sido de 19'7 meses [rango 7-29].

Conclusiones: La simpatectomía izquierda es una técnica segura y eficaz para el tratamiento de segunda línea de las arritmias ventriculares. Se trata de una técnica mínimamente invasiva con buenos resultados en pacientes sintomáticos. Por lo tanto, consideramos que debe incluirse como tratamiento en aquellos pacientes con arritmias ventriculares refractarias al tratamiento médico convencional.

- **EXPERIENCIA CON TORNILLO DE TRACCIÓN PARA ELEVACIÓN ESTERNAL PREVIA AL PROCEDIMIENTO DE NUSS EN PACIENTES CON PECTUS EXCAVATUM EXTREMOS**

Núñez, Bernardo; Brun, Nuria; Esteva, Clara; Pérez-Gaspar, Mireia; Betancourth, Josué E.; Álvarez, Natalia; Rojo, Raquel; Santiago, Saioa
Corporació Sanitaria Parc Taulí. Sabadell. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: El Pectus Excavatum severo se caracteriza por la existencia de una distancia extremadamente reducida entre el esternón y los cuerpos vertebrales, que se traduce por Índices de Corrección y de Haller muy elevados. Esto conlleva una notable morbilidad potencial en el momento de pasar la “espada” durante el procedimiento de Nuss.

La elevación esternal previa es una solución ideal en estas situaciones, y con tal fin, existen descritos diversos métodos en la literatura. Presentamos nuestra experiencia con un tornillo tractor elevador.

Métodos: Entre enero de 2017 y Enero 2018 se han intervenido 5 pacientes en nuestro centro con Pectus Excavatum muy severos, con una media de Índices de Haller de 11.9 (9.8-14.5) e Índices de Corrección de 68,4% (59-87.8%).

En todos ellos se ha implantado un tornillo tractor en el esternón al inicio de la cirugía y que ha servido para elevarlo progresivamente traccionando y efectuando contratracción sobre una placa ovalada colocada sobre el tórax.

Una vez reducido el hundimiento, con un esternón que se ha reconducido a la normalidad, total, o parcialmente, se realizó la técnica de Nuss sin complicaciones peroperatorias.

Resultados: Mediante este procedimiento complementario, se ha conseguido en todos los pacientes con importantes hundimientos esternales, la reposición ortotópica del esternón previa al procedimiento de Nuss.

Conclusiones: Consideramos este método de elevación esternal con tornillo tractor elevador, un buen complemento en pacientes con hundimientos esternales extremos, de cara a reducir los riesgos potenciales inherentes a la técnica quirúrgica descrita por Nuss.

- **SECUESTRO PULMONAR INTRADIAFRAGMÁTICO: DIAGNÓSTICO INTRAOPERATORIO MEDIANTE ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO**

Martín Giménez, Marta Pilar; Laín, Ana; García Martínez, Laura; Giné, Carles; Barila, Patricia; Aguilera Pujabet, Montserrat; López Paredes, Manuel
Hospital Universitari Vall D' Hebron. Barcelona. [Video 5 minutos.](#)

Objetivos: Los secuestros pulmonares extralobares (SPE) se localizan con más frecuencia en el tórax y, ocasionalmente, en la cavidad abdominal. Su localización intradiafragmática es extremadamente inusual. Presentamos el caso de un SPE intradiafragmático abordado

Métodos: Paciente de 5 años con diagnóstico prenatal de secuestro pulmonar en lóbulo inferior izquierdo (LII). Postnatalmente la paciente permaneció asintomática y se realizaron pruebas complementarias para completar estudio: la ecografía torácica y tomografía computerizada (TC) revelaron una lesión en la cara postero-medial del LII de 33 × 19 × 38 mm irrigada por un vaso sistémico procedente de la aorta abdominal. No fue posible identificar drenaje venoso. Con el diagnóstico preoperatorio de secuestro pulmonar intralobar se procedió a realizar una lobectomía inferior izquierda toracoscópica. Sin embargo, intraoperatoriamente se objetivó un LII de características macroscópicas normales sin evidenciar el vaso sistémico. Finalmente se halló una lesión confinada al hemidiafragma izquierdo. Tras la disección de una fina capa muscular diafragmática, se consiguió aislar por completo el SPE e identificar y seccionar los vasos sistémicos procedentes de la aorta, logrando la resección toracoscópica completa.

Resultados: La paciente evolucionó favorablemente y el estudio anatomopatológico evidenció una lesión híbrida: complejo secuestro-malformación adenomatoide quística tipo II.

Conclusiones: El diagnóstico preoperatorio del SPE intradiafragmático es difícil, por lo que habitualmente es un hallazgo intraoperatorio. La resección de este tipo de lesiones usando un abordaje mínimamente invasivo es factible. Además, en caso de no encontrar la lesión en la localización esperada, permite una minuciosa exploración torácica, abdominal o combinada, con mínima morbilidad.



- **TIMECTOMÍA TORACOSCÓPICA: TRATAMIENTO EFICAZ DE BAJA MORBILIDAD EN MIASTENIA GRAVIS JUVENIL**

Jiménez Gómez, Javier; Gómez Cervantes, Juan Manuel; Núñez Cerezo, Vanesa; Serradilla Rodríguez, Javier; Álvarez Barrial, María; Martínez Martínez, Leopoldo; Leal Hernando, Nuria; Olivares Arnal, Pedro; López Santamaría, Manuel
Hospital Universitario La Paz. Madrid. [Video 5 minutos](#).

Objetivos: La Miastenia Gravis Juvenil (MGJ) es una enfermedad rara con indicación quirúrgica en aquellos pacientes refractarios al tratamiento médico. La timectomía toracoscópica ha permitido ampliar las indicaciones al evitar la morbilidad asociada a la esternotomía. Presentamos un caso de timectomía toracoscópica realizado en nuestro centro.

Métodos: Paciente de 8 años diagnosticada el año previo de MGJ seropositiva grado IIIB, sin masas tímicas en TC torácico y con síndrome de Cushing secundario al tratamiento corticoideo. Dado el aumento del número de crisis pese al tratamiento, se decidió timectomía toracoscópica.

Resultados: Preoperatoriamente, se administraron inmunoglobulinas y corticoides intravenosos para prevenir crisis miasténicas o adrenérgicas intraoperatorias. Tras colocación de tubo endotraqueal de doble luz para ventilación selectiva, con la paciente en decúbito supino a 30°, se accedió mediante 3 puertos de 5mm al hemitórax derecho y se produjo capnotórax. Se identificó el nervio frénico y se abrió la pleura mediastínica disecándose el timo de caudal a craneal prestando especial cuidado a los vasos tímicos y la vena innominada. El órgano se extrajo íntegro en bolsa. No fue necesaria la colocación de tubo de tórax y la paciente se extubó en quirófano sin incidencias. Al quinto día postoperatorio, fue dada de alta, sin presentar crisis durante el ingreso. Tras un año de seguimiento, la piridostigmina se pudo reducir al 50% de su dosis habitual y los corticoides disminuyeron hasta 0.2mg/kg/día, resolviéndose el síndrome de Cushing.

Conclusiones: La timectomía toracoscópica es un tratamiento eficaz de baja morbilidad en pacientes con MGJ refractaria a tratamiento médico.

- **USO INTRAOPERATORIO DE ELEVACIÓN ESTERNAL MECÁNICA MEDIANTE GRÚA PARA LA REPARACIÓN TORACOSCÓPICA DE PECTUS EXCAVATUM**

Bueno, Alba¹; Bellía-Munzon, Gastón²; Serradilla, Javier¹; Martínez, Jorge Luis²; Nazar-Peirano, Maximiliano²; de la Torre, Carlos Andrés¹; Barrial, María¹; Nava, Francisco de Borja¹; Delgado, Carlos¹; Muñoz, Antonio Jesús¹; López-Santamaría, Manuel¹; Martínez-Ferro, Marcelo²

¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital La Paz. Madrid. ²GCP-Fundación Hospitalaria de Niños. Buenos Aires. [Video 5 minutos](#).

Objetivos: El pectus excavatum (PE) es la malformación congénita torácica más frecuente y en ocasiones ha de ser tratada quirúrgicamente. Durante el procedimiento de reparación toracoscópica el momento crítico corresponde al paso del introductor a través del mediastino anterior sin lesionar el corazón. En casos graves puede ser muy difícil y arriesgado.

Métodos: Presentamos un dispositivo mecánico diseñado para elevar la pared torácica durante la reparación quirúrgica de PE de forma efectiva y segura mediante tracción continua y controlada del esternón.



Resultados: Este dispositivo ha sido empleado en 45 pacientes desde septiembre de 2016 (5 mujeres y 40 varones) de edades comprendidas entre 9 y 30 años (media de 17,9). El Índice de Haller preoperatorio se encontraba entre 3,3-12,8 (media 5,8) y el Índice de Corrección entre 75,8% y 12% (media 35.9%).

La elevación esternal fue confirmada toracoscópicamente y permitió pasar el mediastino anterior sin lesionar el corazón u otras estructuras nobles en el 100% de los pacientes.

El uso de la grúa permite la corrección del defecto antes de colocar los implantes, facilita la planificación y modificación intraoperatoria de su posición y previene la deformación de los mismos. Además, al disminuir la presión del esternón, limita los riesgos de desgarros musculares y fracturas condro-costales, lo que se traduce en mejores resultados.

Conclusiones: El uso intraoperatorio de la grúa de tracción es seguro y efectivo, en el presente vídeo presentamos los detalles técnicos de su utilización.

14:00 a 15:30 h

COMIDA DE TRABAJO

15:30 a 16:30 h

MESA COMUNICACIONES 8. MISCELÁNEA TÓRAX/DIGESTIVO

Moderadores:

Dra. Díaz Moreno, Eloísa. Almería

Dr. Berger, Michael. Alemania

- **REOPERACIÓN TORACOSCÓPICA DE UNA ATRESIA DE ESÓFAGO LONG GAP CON ESTENOSIS RECURRENTE A DILATACIONES SERIADAS**

Aneiros Castro, Belén¹; Cano Novillo, Indalecio¹; García Vázquez, Araceli¹; Moreno Zegarra, Cecilia²; De Miguel Moya, Mónica¹; Melero Guardia, Leonor¹; López Díaz, María¹; Morante Valverde, Rocío¹; Benavent Gordo, María Isabel¹; Gómez Fraile, Andrés¹

¹Hospital 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital Universitario de Salamanca. **Video 5 minutos.**

Objetivos: La estenosis esofágica afecta al 9 - 45% de los pacientes intervenidos de atresia de esófago. En ocasiones el tratamiento habitual mediante dilataciones seriadas es ineficaz, precisándose reintervención mediante toracotomía o sustitución esofágica. La cirugía toracoscópica es una alternativa para la resolución de esta complicación.

Métodos: Presentamos una paciente con diagnóstico inicial de atresia de esófago tipo I. Se practicó gastrostomía en los primeros días de vida. A los 3 meses de se realiza anastomosis esofágica mediante abordaje toracoscópico. Al mes siguiente es diagnosticada de fístula traqueoesofágica congénita en bolsón superior esofágico, membrana duodenal incompleta y reflujo gastroesofágico, por lo que se realiza, cierre de fístula mediante cervicotomía, gastroplastia, funduplicatura y duodenoyunostomía, rehaciéndose la gastrostomía. Presentó estenosis esofágica recurrente que precisa múltiples dilataciones. Se realizó tratamiento con Mitomicina C y colocación de dos prótesis esofágica sin resultados satisfactorios.



Resultados: A los 2 años de edad se decide intervención quirúrgica, realizándose resección de estenosis y nueva anastomosis esofágica mediante abordaje toracoscópico. El postoperatorio transcurre con normalidad. En la endoscopia de control se objetiva buen calibre esofágico, sin precisar nuevas dilataciones.

Conclusiones: El abordaje toracoscópico para la resección de las estenosis esofágicas refractarias a tratamientos endoscópicos en pacientes con atresia de esófago es seguro y efectivo.

- **TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL BOLSÓN TRAQUEAL: QUIMIOCAUTERIZACIÓN CON ÁCIDO TRICLOROACÉTICO**

Barila Lompe, Patricia; Laín Fernández, Ana; Gine Prades, Carles; García Martínez, Laura; Martín Giménez, Marta; Martos Rodríguez, Marta; López Paredes, Manuel
Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. [Video 5 minutos.](#)

Objetivos: El ácido tricloroacético (ATC) se ha utilizado en patologías como la fístula traqueo-esofágica congénita y recurrente, y el seno branquial de la fosa piriforme. Sin embargo, nunca se ha descrito su uso en el manejo del bolsón traqueal (BT) residual sintomático tras la reparación de una atresia de esófago (AE). Presentamos nuestro primer caso de tratamiento endoscópico con ATC de un BT sintomático.

Métodos: Niño de 7 años con AE tipo III intervenida en periodo neonatal. Como complicación presentó un reflujo gastroesofágico severo que precisó una funduplicatura tipo Nissen a los 2 años, y una traqueomalacia moderada con infecciones respiratorias recurrentes, desarrollando bronquiectasias pulmonares. Ante la tórpida evolución respiratoria, se realizó una broncoscopia flexible objetivando un BT de 2 cm a nivel de la carina con acúmulo de abundante mucosidad. Se realizó una quimiocauterización endoscópica del BT con ATC al 50% seguido de una abrasión de la mucosa con cepillo.

Resultados: No se produjeron complicaciones durante el procedimiento. En el postoperatorio el paciente desarrolló un enfisema subcutáneo y mediastínico leve y autolimitado relacionado con tos intensa postoperatoria. A los 2 meses post-intervención el control broncoscópico mostró una obliteración completa del BT. Desde el procedimiento el paciente no ha requerido nuevos ingresos hospitalarios por infecciones respiratorias.

Conclusiones: El tratamiento endoscópico mediante ATC al 50% en el BT sintomático parece seguro y efectivo. Representa una alternativa mínimamente invasiva respecto a la resección quirúrgica.

- **METASTASECTOMÍA PULMONAR TORACOSCÓPICA GUIADA POR MARCAJE CON TC99M**

de Lucio Rodríguez, Marta; Alonso Calderón, José L.; Guillén Redondo, Pilar; Garcés Visier, Cristina; Espinosa Góngora, Rocío; Luis Huertas, Ana; Souto Romero, Henar; Espinoza Vega, Manuel; Ollero Fresno, Juan Carlos
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. [Video 5 minutos.](#)

Objetivos: Presentación de un caso de metastasectomía pulmonar toracoscópica guiada por marcaje con Tc99m.

Métodos: Mujer de 10 años con antecedente de sarcoma de Ewing diagnosticado a los 8 años. En las pruebas de imagen de control de su enfermedad, se localizó nódulo pulmonar de 8 mm en lóbulo superior de pulmón derecho compatible con metástasis.

Se llevó a cabo una metastasectomía mediante abordaje toracoscópico, guiada por marcaje yuxtalesional con Tc99m bajo control con imagen (TC). Para lo cual, el mismo día de la intervención, se procedió al marcaje bajo anestesia general. En quirófano, tras colocación de la paciente en decúbito lateral izquierdo y bajo visión toracoscópica, se introdujo la sonda gamma a través de minitoracotomía. Se localizó la zona de mayor captación y se realizó la resección pulmonar atípica mediante endograpadora. Se colocó un drenaje torácico a través de uno de los puertos.

Resultados: No se produjeron complicaciones intra- ni postoperatorias. La paciente permaneció en UCIP evolucionando favorablemente, pudiéndose retirar el drenaje a las 24 h de la intervención y recibiendo el alta a domicilio a las 48 h.

Conclusiones: El marcaje de metástasis pulmonares con Tc99m inoculado bajo control de imagen es una técnica segura en niños, que facilita la localización de lesiones de pequeño tamaño y/o no periféricas, haciendo posible su exéresis mediante técnicas mínimamente invasivas.

Esta técnica permite una alta precisión, con un rango de tiempo para realizar el procedimiento quirúrgico mayor que el arponaje (hasta 48 h tras el marcaje), lo que supone grandes ventajas especialmente en edad pediátrica.

• NUEVOS PARÁMETROS DE IMPEDANCIOMETRÍA EN EL ESTUDIO DE ESOFAGITIS POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Ortolá, Paula; Carazo, M^a Elena; Ibáñez, Vicente; Vila, Juan José
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: La Línea Basal de Impedanciometría (LBI) se ha propuesto como un buen predictor de Esofagitis Erosiva (EE) y Esofagitis Histológica (EH) en pacientes con Reflujo Gastroesofágico (RGE). El Índice de Onda Peristáltica Post-reflujo (IOPP) se ha usado en adultos para mejorar el rendimiento diagnóstico de LBI. Nuestro objetivo es comprobar si el IOPP incrementa la capacidad diagnóstica de la LBI para esofagitis en niños.

Métodos: Investigación retrospectiva en la que se incluyeron pacientes pediátricos con RGE estudiados mediante impedanciometría y endoscopia digestiva alta. Se registraron la LBI y el IOPP de todos los pacientes; los resultados principales fueron la EE y la EH. Primero se calculó la capacidad de LBI para diagnosticar EE y EH mediante curvas ROC (Receiver Operator Characteristics); posteriormente se estudió la utilidad conjunta de LBI e IOPP para diagnosticar EE y EH utilizando regresión logística más curvas ROC.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes. De ellos, 8 presentaron EE y 21 presentaron EH. El rendimiento diagnóstico de LBI de forma aislada fue de 0,85 (IC 95%=0,72-0,98) para EE y de 0,77 (IC 95%=0,62-0,93) para EH. El rendimiento conjunto de LBI e IOPP fue de 0,86 (IC 95%=0,73-0,99) para EE y de 0,83 (IC 95%=0,69-0,97) para EH.

Conclusiones: La utilización conjunta de LBI e IOPP incrementó el rendimiento de LBI para esofagitis, sobre todo en esofagitis histológica. Estos parámetros de impedanciometría podrían utilizarse como ayuda en el manejo de pacientes con RGE.



- **REG EN AE/FTE: ALGUNAS COMPLICACIONES DURANTE LA ANASTOMOSIS PRIMARIA PUEDEN ESTAR RELACIONADAS CON LA NECESIDAD DE FUNDUPLICATURA**

Martos-Rodríguez, Marta; Giné Prades, Carles; Laín Fernández, Ana; García Martínez, Laura; Leganés Villanueva, Carlos; Barila Lompe, Patricia; Martín Giménez, Marta Pilar; López Paredes, Manuel

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: La funduplicatura en pacientes con atresia de esófago (AE/FTE) tiene una alta tasa de fracaso debido, principalmente, a la menor longitud del esófago y a su dismotilidad inherente. Dado que las complicaciones durante la anastomosis primaria pueden influir en estas causas, nuestro objetivo fue correlacionarlas con la necesidad de funduplicatura.

Métodos: Análisis unicéntrico retrospectivo de pacientes con AE/FTE que se beneficiaron de una funduplicatura durante un período de 7 años. Las variables fueron: complicaciones tras la anastomosis primaria (estenosis precoz, fuga), necesidad de funduplicatura y complicaciones (recurrencia, migración de la valva, reintervención). Para el análisis estadístico se utilizaron tablas de contingencia y Chi-cuadrado de Pearson.

Resultados: De un total de 73 AE/FTE, 62 pacientes fueron evaluados excluyendo aquellos con sustitución esofágica y muerte neonatal. Se hallaron 29 (46,8%) anastomosis complicadas. 37 (59,7%) pacientes presentaban reflujo y en 18 (29%) se indicó funduplicatura. La edad media en la intervención fue 4,21 años. Se hallaron 11 complicaciones en 6 (33,3%) pacientes: migración de la funduplicatura en 5 (27,7%) y recurrencia del reflujo en 6 (33,3%). 4 (22,2%) pacientes requirieron REDO. Entre los pacientes con o sin funduplicatura, la tasa de estenosis fue 44,4% vs 20,5% ($p=0.05$) y de fuga 16,7% vs 20,5% (NS). Comparando las complicaciones en las anastomosis primarias, no se hallaron diferencias entre las funduplicaturas que fracasaron y aquellas que resultaron exitosas (NS).

Conclusiones: La estenosis precoz de la anastomosis primaria parece estar relacionada con la necesidad posterior de funduplicatura en pacientes con AE, pero no con su potencial fracaso.

- **LAPAROSCOPIA EN EL QUISTE DE COLÉDOCO: NUESTRA EXPERIENCIA TRAS 8 AÑOS**

Giménez-Aleixandre, María Cristina; Aranda-García, María José; Sánchez-Morote, Juana María; Villamil, Vanesa; Sánchez-Sánchez, Ángela; Montoya-Rangel, Carlos Andrés; Hernández-Bermejo, Juan Pedro

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: Evaluación de los resultados a medio plazo de los quistes de colédoco intervenidos en nuestro centro desde que se introdujo el abordaje laparoscópico para esta patología.

Métodos: Revisión retrospectiva de los casos de quistes de colédoco intervenidos en nuestro centro en los últimos 8 años, analizando técnica, complicaciones intraoperatorias, precoces y tardías y estancia hospitalaria postquirúrgica.

Resultados: Se intervinieron un total de ocho pacientes con una edad media de 4.3 años (3 meses–11 años). Cuatro pacientes (50%) permanecían asintomáticos al diagnóstico, dos por diagnóstico prenatal y otros dos por hallazgo casual al realizar ecografía por otro motivo. Un paciente presentaba dolor abdominal recurrente (12.5%) y tres debutaron con pancreatitis

(37.5%). A todos los pacientes se les realizó una hepaticoyunostomía en Y de Roux, en uno de ellos mediante laparotomía debido al gran tamaño del quiste, y en los siete restantes de forma laparoscópica. En el paciente de menor peso la anastomosis hepático-yeyunal se realizó a través de laparotomía tras hacer la disección del quiste laparoscópicamente. En ningún caso hubo complicaciones intraoperatorias. Como complicaciones precoces destacan dos fístulas biliares (25%) con resolución precoz espontánea y dos ascitis quilosas (25%) resueltas tras establecer alimentación con triglicéridos de cadena media. En ninguno de los pacientes se han objetivado complicaciones tardías, como colangitis o estenosis de la anastomosis. El tiempo medio de hospitalización fue de 10.5 días (8-14 días).

Conclusiones: La intervención laparoscópica del quiste de colédoco en niños es una técnica segura con resultados satisfactorios a corto-medio plazo.

16:30 a 17:15 h

MESA COMUNICACIONES 9. DIGESTIVO 2

Moderadores:

Dr. Murcia Pascual, Javier. Córdoba

Dra. Albertos Mira-Marceli, Nuria. Alicante

- **RESULTADO FUNCIONAL TRAS PULL-THROUGH TRANSANAL ENDORECTAL TIPO SOAVE ASISTIDO O NO POR LAPAROSCOPIA EN LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG**

Barila Lompe, Patricia; Giné Prades, Carles; Laín Fernández, Ana; García Martínez, Laura; Martín Giménez, Marta; Martos Rodríguez, Marta; López, Manuel
Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: Estudios recientes cuestionan la efectividad del Pull-through Transanal endorectal tipo Soave (TEPT) para la enfermedad de Hirschsprung (EH) dado el riesgo elevado de incontinencia fecal. Nuestro objetivo es evaluar estas complicaciones y el resultado funcional a largo plazo según Rintala.

Métodos: estudio observacional retrospectivo de niños operados por TEPT entre 2008-2017. Criterios de inclusión: extensión rectosigmoidea, TEPT sólo o asistido por laparoscopia, sin cirugía abdominal previa excepto colostomía y TEPT realizado en nuestro centro. Las complicaciones postoperatorias se clasificaron de acuerdo con Clavien Dindo (CDC) y el resultado funcional a largo plazo se evalúa en >4 años con la escala de Rintala (RBFS) a través de una entrevista telefónica.

Resultados: De una cohorte de 47 pacientes con EH, 27 cumplían los criterios de inclusión. 21 pacientes fueron sometidos a TEPT sólo y 6 asistidos por laparoscopia. La tasa de complicaciones inmediatas fue del 25,92%: perianitis 22%, enterocolitis del 3,7% y estenosis del 3,7%. La tasa de complicaciones tardías fue del 22,22%: suboclusión 7,4%, perianitis 7,4%, prolapso rectal 3,7% y estenosis 3,7%. Todas las complicaciones fueron grado I-II según CDC. Se realizó el cuestionario RBFS a 19 pacientes con una puntuación media de 16 (rango 0-20). Se obtiene



un 57.9% de Soiling junto con 31.5% de accidentes graves. Porcentaje de estreñimiento fué del 15,7%. El tiempo medio de seguimiento fue de 3.6 años.

Conclusiones: No se observaron más complicaciones en el TEPT. La incontinencia afecta a uno de cada tres pacientes. No obstante, la función intestinal permanece conservada.

- **IRRIGACIÓN TRANSANAL EN PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO E INCONTINENCIA ORGÁNICA REFRACTARIA. RESULTADOS, INDICACIONES Y SEGUIMIENTO EN NUESTRO CENTRO**

Giménez-Aleixandre, María Cristina; Ruiz-Pruneda, Ramón; Sánchez Morote, Juana María; Fernández-Ibieta, María; Villamil, Vanesa; Sánchez-Sánchez, Ángela; Montoya-Rangel, Carlos Andrés; Hernández-Bermejo, Juan Pedro

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: Presentar nuestros resultados con el uso del irrigador transanal (IT) en el manejo intestinal de pacientes con incontinencia fecal o estreñimiento sin respuesta a otros tratamientos.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con estreñimiento y/o incontinencia fecal refractaria tratados con IT (2013–2017). Se realizó cuestionario validado (Rintala) por vía telefónica, comparando resultados pre y post-tratamiento.

Resultados: Fueron incluidos en el estudio veinticinco pacientes, mediana de edad 13 años (6 – 44 años), cuatro no localizables. Diecinueve presentaban patología medular (76%), cuatro cirugía colorrectal (16%) y dos estreñimiento funcional (8%). El 20% aquejaba incontinencia, 12% estreñimiento y 68% ambas condiciones. Tras una mediana de seguimiento de 1.5 años (1 mes – 4 años), el 52% abandonó el tratamiento. La puntuación media pre-tratamiento fue 6.8 (± 4), frente a 11.42 (± 2.75) tras su empelo ($p=0.001$), disminuyendo número de escapes con repercusión positiva en actividades diarias. Las complicaciones principales fueron dolor (68%) y expulsión del balón (28%). Refirieron como causa de abandono: dificultad de uso por movilidad reducida (15%), miedo o desinformación (32%) y dolor (76%). El 100% de pacientes con movilidad reducida ($n=3$) abandonó el tratamiento, frente al 45% ($n=12$) en el resto ($p=0.17$), OR 8.3 [IC95% 0.3-38]. El 55% de los pacientes dejaron de utilizar laxantes, enemas o extracción digital.

Conclusiones: El uso de IT parece mejorar la calidad de vida en pacientes con estreñimiento e incontinencia de causa orgánica refractaria. La tasa de abandono fue mayor de la esperada, por lo que creemos necesaria la creación de un grupo de apoyo que mejore el seguimiento.

- **SISTEMA DE IRRIGACIÓN TRANSANAL (TAI) EN EL MANEJO DE LA INCONTINENCIA FECAL Y ENCOPRESIS CRÓNICA**

Casal Belay, Isabel; Míguez Fortes, Lorena; García González, Miriam; Dargallo Carbonell, Teresa; Somoza Argibay, Iván

Hospital Materno Infantil A Coruña. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: Evaluar la eficacia y satisfacción de la autoirrigación transanal en pacientes con disfunción intestinal.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con disfunción intestinal secundaria a espina bífida o atresia anal intervenida, subsidiarios de utilizar TAI por falta de respuesta al tratamiento convencional. Registramos el tiempo empleado en la evacuación intestinal, el volumen y frecuencia de las irrigaciones, y las complicaciones de su uso.

Evaluamos la eficacia del TAI y comparamos la disfunción previa y posterior a su utilización, incluyendo la escala validada NBD (de severidad de la disfunción intestinal) y una escala de satisfacción.

Resultados: Utilizamos el sistema en 11 pacientes. Nueve presentaban mielodisplasia y 2 malformación anorectal. La edad media de uso fue 9.4 años y el tiempo de seguimiento medio 53 meses (R=4-180). El volumen medio de las irrigaciones fue de 695,45ml (R=200-1000). El tiempo medio empleado fue de 36 minutos cada 3.6 días.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$) en cuanto a la severidad de la disfunción intestinal, antes y después del tratamiento, (pasando de severidad media de "severa" a "muy leve"). La puntuación media obtenida en la escala de satisfacción pre-tratamiento fue de 2.91 sobre 10 y post-tratamiento de 8.55 sobre 10, (siendo 0: insatisfecho, 10: completamente satisfecho) ($p < 0.001$).

Conclusiones: El TAI parece una opción eficaz en el manejo de la disfunción intestinal con incontinencia fecal y encopresis crónica.

Su uso ha mostrado una mejoría evidente en la calidad de vida de los pacientes y en la severidad de su clínica.

• ESOFAGITIS ESOSINOFÍLICA EN PACIENTES CON ATRESIA DE ESÓFAGO. ¿EXISTE UNA ASOCIACIÓN?

Martín Giménez, Marta Pilar¹; García Martínez, Laura¹; Giné, Carles¹; Laín, Ana¹; Álvarez, Marina¹; Segarra, Oscar¹; Molino, José Andrés¹; Bordón, Enrique²; López Paredes, Manuel¹

¹Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ²Hospital Universitari Josép Trueta. Girona. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: La esofagitis eosinofílica (EEO) es una entidad relativamente nueva y parece ser más prevalente en pacientes con atresia esofágica (AE). Puede simular clínica atribuible al reflujo gastroesofágico (RGE) y disfagia, síntomas frecuentemente observados en pacientes con AE. Sin embargo, su manejo y tratamiento son diferentes.

Métodos: Estudio retrospectivo (2002-2017) de pacientes con AE sometidos a endoscopia digestiva alta (EDA) con toma de biopsias esofágicas. La EDA se realizó en pacientes sintomáticos y en todos aquellos >12 años. El criterio diagnóstico para EEO fue >15 eosinófilos/campo de gran aumento en mucosa esofágica.

Resultados: De 100 pacientes con AE, 27 perdieron seguimiento. De los 73 restantes, se realizó EDA en 48 (65,7%), por disfagia (33,3%) o por estudio de RGE (66,6%). Se realizaron biopsias esofágicas en 27 (56,2%), resultando positivas para EEO en 6 (22,2%). La media de edad al diagnóstico de EEO fue 10 + 2,1 años. La EDA se realizó por síntomas de RGE (4) o disfagia (2). En 2 casos se había realizado una cirugía antirreflujo pero persistían discretamente sintomáticos, y en 4 el estudio de RGE con phmetría y esofagograma evidenció mínimo RGE o fue



normal. Macroscópicamente se evidenció mínima esofagitis distal (2), exudados blanquecidos (2) y mucosa sin alteraciones (2). Macroscópicamente se evidenció.

Conclusiones: Los pacientes con AE parecen presentar mayor riesgo de desarrollar EEO antes de la pubertad. El seguimiento de niños con AE no solo debe centrarse en el estudio de RGE, sino también en descartar EEO tomando biopsias esofágicas, aún cuando macroscópicamente no se evidencien alteraciones.

- **MEDICIÓN DEL ÍNDICE DE ESTENOSIS DE LA ANASTOMOSIS ESOFÁGICA COMO PREDICTOR DE DILATACIÓN TRAS LA CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE LA ATRESIA ESOFÁGICA**

Ordóñez Pereira, Javier; Pérez-Egido, Laura; García-Casillas Sánchez, María Antonia; Fanjul Gómez, María; Fernández Bautista, Beatriz; de la Torre Macías, Manuel; Traperó Ovejero, Ana; Cerdá Berrocal, Julio Arturo; del Cañizo López, Agustín; Peláez Mata, David; Molina Hernando, Encarnación Esther; de Agustín Asensio, Juan Carlos
HGU Gregorio Marañón. Madrid. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: La estenosis esofágica es la complicación más frecuente tras la corrección de la atresia esofágica (AE). El objetivo de este estudio es el análisis de los Índices de Estenosis (IE: relación entre los diámetros del bolsón y de la estenosis en el esofagograma postoperatorio) como predictores de la necesidad de dilatación esofágica (DE).

Métodos: Se diseñó un estudio retrospectivo incluyendo los niños con AE sometidos a anastomosis esofágica en nuestro centro entre 2009 y 2017, calculando los IE del bolsón superior (APSup-IE) e inferior (APIInf-IE) en una proyección anteroposterior del primer y segundo esofagograma postoperatorio. Para el análisis estadístico, se ha empleado el test de correlación de Spearman y las curvas ROC.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes: 20 precisaron DE (69%), y 11 de ellos 3 o más DE (38%). No se demuestra relación estadísticamente significativa entre los IE del primer esofagograma con la necesidad de DE ($p > 0.05$). Existe relación entre el APSup-IE ($r = 0.8, p < 0.001$) y el APIInf-IE ($r = 0.66, p < 0.001$) en el segundo esofagograma con el número de DE. Se calcularon valores de corte mediante curvas ROC: ningún paciente con APSup-IE < 0.55 o APIInf-IE < 0.39 requirió DE, y todos los pacientes con APSup-IE > 0.79 requirieron DE. Ningún paciente con APSup-IE entre 0.55-0.77 necesitó más de 3 DE.

Conclusiones: Según los resultados de nuestro estudio, la medición de IE en el segundo esofagograma constituye una herramienta útil para predecir el manejo postoperatorio en pacientes con AE, especialmente en la identificación de aquellos con menor riesgo de someterse a múltiples DE.

- **PEG VERSUS LAP: HACIA UNA TÉCNICA MÁS SEGURA PARA LA NUTRICIÓN ENTERAL A LARGO PLAZO**

González Ruiz, Yurema; Corona Bellostas, Carolina; Fernández Atuan, Rafael; Bragagnini Rodríguez, Paolo; Siles Hinojosa, Alexander; Ruiz de Temiño Bravo, Mercedes; Elías Pollina, Juan
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: Comparar los resultados y complicaciones de las gastrostomías laparoscópicas(LAP) frente a las gastrostomías endoscópicas percutáneas(PEG).

Métodos: Estudio retrospectivo de 79 pacientes intervenidos quirúrgicamente para colocación de gastrostomía en nuestro centro(2010–2017). Comparamos técnicas quirúrgicas y complicaciones menores y mayores entre ambas técnicas.

Resultados: Realizamos 24 LAP (14 varones) y 55 PEG(29 varones). La edad media fue de 4'77 [0'15-15'56] años en las LAP y 5'37 [0'12-16'58] años en las PEG. El tiempo quirúrgico fue superior en las LAP($p<0'05$). La mediana del tiempo de presentación de las complicaciones fue de 59[2-975] días. No se encontraron diferencias significativas en las complicaciones menores entre ambas técnicas, sin embargo, son más frecuentes en las LAP(54'16% en LAP frente a 34'55% en PEG),siendo principalmente granulomas y fugas perigastrostomías. Encontramos asociación estadísticamente significativa entre pacientes con comorbilidad oncológica y la aparición de complicaciones menores($p<0'05$). Encontramos una asociación estadísticamente significativa entre las PEG y las complicaciones mayores (4'17% en LAP frente a 21'82% en PEG), con $p=0'045$. Las complicaciones mayores fueron, en las LAP un descolgamiento y en las PEG 9 síndrome de Buried-Bumper, un atrapamiento de colon sin perforación, una perforación de colon, un atrapamiento de epíplon, dos descolgamientos y una perforación de intestino delgado.

Conclusiones: Dada la asociación existente entre las complicaciones mayores y el grupo PEG, siendo evidente la mayor frecuencia y gravedad de estas complicaciones en esta técnica, consideramos la LAP una técnica más segura. Sin embargo, son necesarios estudios con un mayor tamaño muestral.

• FACTORES PRONÓSTICOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN HEPATOBLASTOMA

Triana Junco, Paloma; Cano Pecharromán, Esther María; Dore Reyes, Mariela; Jiménez Gómez, Javier; Sánchez Galán, Alba; Vilanova Sánchez, Alejandra; Andrés Moreno, Ane; Encinas Hernández, José Luis; Martínez Martínez, Leopoldo; Gámez Arance, Manuel; Hernández Oliveros, Francisco; López Santamaría, Manuel
Hospital Universitario La Paz. Madrid. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: El hepatoblastoma es el tumor hepático más frecuente en niños y la presentación inicial del tumor influirá en el tratamiento y el pronóstico. El objetivo de este estudio es analizar los resultados a largo plazo del trasplante hepático en niños con hepatoblastoma irreseccable.

Métodos: Revisión retrospectiva de pacientes con hepatoblastoma que recibieron trasplante hepático, analizándose factores de riesgo, factores pronósticos y supervivencia a largo plazo.

Resultados: En los últimos 25 años 31 pacientes (67% varones) recibieron un trasplante hepático en el contexto de hepatoblastoma irreseccable, presentando factores de riesgo como prematuridad (12,9%), tabaco materno (6,5%) y poliposis adenomatosa familiar (3,2%). La forma de presentación más frecuente fue un tumor multifocal PRETEXT III con afectación vascular (51,6%) o PRETEXT IV (45,2%). Cuatro pacientes presentaron metástasis al diagnóstico (12,9%).

Veintiún pacientes recibieron un injerto de donante vivo (67,7%) y diez de donante cadáver (32,3%), a una edad de 31,7 meses (5-125). La mayoría de los trasplantes fueron primarios



y sólo 2 pacientes recibieron un trasplante de rescate tras un intento previo de resección quirúrgica del tumor.

La supervivencia al año y a los 5 años tras el trasplante fue de 93,3% ($\pm 4,6\%$) y 86,4% ($\pm 6,3\%$) respectivamente. No encontramos diferencias significativas entre factores de riesgo, presentación del tumor, tipo de injerto ni tipo de trasplante.

Conclusiones: El trasplante hepático contribuye a un aumento en la supervivencia del hepatoblastoma en pacientes con tumores irresecables, independientemente de los factores de riesgo, presentación del tumor o tipo de técnica utilizada.

17:15 a 17:45 h

PAUSA - DESCANSO (Hall Exposición Comercial)

17:45 a 19:00 h

MESA COMUNICACIONES 10. MISCELÁNEA PLÁSTICA/EXPERIMENTAL

Moderadoras:

Dra. Muñoz Miguelsanz, María de los Ángeles. Palma de Mallorca

Dra. Marañés Gálvez, Carolina. Almería

- **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE MOLDEADO NASOALVEOLAR EN PACIENTES CON FISURA LABIOPALATINA**

Gironés Camarasa, Belén; García Dueñas, Cristina; Castilla Parrilla, Elena; Licerías Licerías, Esther; Matar Sattuf, Kamel; España López, Antonio; Martínez Plaza, Adoración; Fernández-Valadés, Ricardo

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: El dispositivo de moldeamiento nasolabial (NAM) diseñado para disminuir el tamaño del defecto y mejorar la asimetría nasal, facilita la intervención quirúrgica mejorando los resultados. Sin embargo, necesita gran colaboración por parte de la familia por ser largo, y a veces, tedioso. El objetivo de este trabajo es determinar la adherencia al tratamiento y las posibles variables que puedan determinar su rechazo.

Métodos: Pacientes tratados con NAM en los últimos 6 años (64 pacientes). Recogida de datos retrospectiva (historias) y encuesta telefónica.

Clasificación en 5 grupos según la adherencia al tratamiento (Rechazo del tratamiento hasta buena adherencia). Analizamos factores relacionados con el cuidador, el paciente y el contexto social, (nivel de estudios, número de cuidadores, distancia al hospital, etc.). Mediante el programa SPSS se realizó un estudio descriptivo, analizando las variables mediante χ^2 con corrección exacta de Fisher.

Resultados: Se completaron las 46 encuestas (32 niños y 14 niñas), el 63% fueron unilaterales, el 91% con fisura palatina. La adherencia al tratamiento fue buena en el 80%, y solo el 6% rechazaron el tratamiento. La adherencia fue mayor, de forma significativa, si habían



contactado con otras familias de pacientes ($P < 0,01$) y tendencia a mayor abandono en otras nacionalidades distinta a la española, aunque sin significación estadística.

Conclusiones: La adherencia al tratamiento es muy buena en general, y no podemos determinar de forma significativa las variables que pueden condicionar el rechazo al tratamiento, pero si, que el contacto con familiares de afectados o asociaciones de pacientes hacen que la adherencia sea mayor.

• SECUELAS DE LA FISURA LABIAL Y/O PALATINA EN LOS 8 PRIMEROS AÑOS. UNA MIRADA CRÍTICA

Bejarano Serrano, Miguel; Riba Martínez, Mireia; Parri Ferrandis, Francisco; Moraleda Gudayol, Inés; Demestres Carbó, Ana; Rubio Palau, Josép; Salcedo Gil, Carlos; Albert Cazalla, Asteria Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. **Oral 3 minutos.**

Objetivos: Analizar las secuelas de los fisurados tratados de forma primaria con el protocolo: Queiloplastia primaria (Millard) a los 3-6 meses en la fisura labial (FL) o labiopalatina unilateral (FLPU). Adhesiva, Millard o Mulliken en fisura labiopalatina bilateral (FLPB). Uraoestafiorrafia de Veau con faringoplastia de Sanvenero Roselli a los 9-12 meses.

Métodos: Revisión retrospectiva de todos los pacientes con fisura labial (FL), (FLPU) o (FLPB), y palatina (FP) intervenidos primariamente entre 2008 y 2009 y con seguimiento en nuestro centro. Se recogen datos demográficos, tipo de fisura, comorbilidades, complicaciones/secuelas y tratamientos adicionales. Estadística: test exacto de Fisher.

Resultados: De 69 pacientes intervenidos, 58 continuaron seguimiento en nuestro centro; Diecinueve tenían algún síndrome asociado (10 secuencia Pierre Robin, 5 22q11 y 4 otros).

- Tipo de fisura: FP 20 (34,5%), FLPU 22 (38%), FLPB 7 (12%), FL 19 (15%).
- Fístula oronasal: 11 pacientes: 4 FP (20%), 2 FLPU (10%), 5 FLPB (71%) ($p=0,004$). Se hicieron 7 cierres de fístula; el resto se cerraron durante el injerto óseo.
- Hipoplasia maxilar: 27 colapso transversal (48%): FP 25%, FLPU 75%, FLPB 72%, FL 22 % ($p=0,002$). Maloclusión clase III en 28,5%: FP 10 %, FLPU 55%, FLPB 43%, FL 0% ($p=0,001$).
- Voz nasal: FP 30%, FLPU 15%, FLPB 43% ($p>0,05$).
- Habla ininteligible: 1 caso de FP, 2% ($p>0,05$).
- Faringoplastia: FP 20%, FLPU 0%, FLPB 14% ($p>0,05$).

Conclusiones: Con este protocolo:

- Las fisuras labiopalatinas tienen alto riesgo de colapso transversal y maloclusión clase III.
- Las FLPB tienen más riesgo de secuelas.

• ANALGESIA MEDIANTE BOMBA DE INFUSIÓN CONTINUA CONTROLADA POR EL PACIENTE PARA EL MANEJO POSTOPERATORIO DEL DOLOR EN PACIENTES INTERVENIDOS DE FISURA PALATINA Y LABIO FISURADO

Míguez Fortes, Lorena; Lema Carril, Ana; Gómez Tellado, Manuel; Casal Beloy, Isabel; Blanco Portals, Carmen; García González, Miriam; Rodríguez Ruíz, María; Somoza Argibay, Iván; Dargallo Carbonell, Teresa

Complejo Hospitalario universitario de A Coruña. **Oral 3 minutos.**



Objetivos: La cirugía de las fisuras craneofaciales asocia un intenso dolor postoperatorio cuyo manejo resulta complicado con la analgesia convencional.

Métodos: Utilizamos una bomba de analgesia controlada por los padres que contiene una perfusión continua de Tramadol, Ondasetrón y Metamizol ajustada por peso. Se permite a los padres administrar bolos adicionales si observan irritabilidad.

Comparamos variables de los pacientes fisurados intervenidos antes y después de la implantación del sistema en nuestro centro.

Resultados: Durante 2016 fueron intervenidos 16 fisurados (4 queilorrinoplastias y 12 fisuras palatinas). En ninguno se empleó bomba de analgesia. El tiempo medio de estancia en UCIP fue 1,5 días. Tardaron de media 2,5 días en iniciar tolerancia. La media de EVA fue de 3. El 53% precisaron opiáceos mayores (morfina, fentanilo) no siendo suficiente la analgesia c/3 horas.

Durante 2017 se operaron 7 fisuras palatinas y 4 queilorrinoplastias (11). En todos empleamos bomba.

Únicamente ingresaron en UCIP las fisuras palatinas (debido al manejo de la vía aérea) con una media total de 0,5 días. Se adelantó el inicio de tolerancia al primer día postoperatorio. La EVA disminuyó a 0,5. Sólo un paciente precisó opiáceos. El 72% no precisó asociar ningún tipo de analgesia.

Conclusiones: La bomba de PCA es un método seguro y exento de riesgo para la analgesia los paciente fisurados con beneficios como: disminución del dolor, de la estancia en UCIS, del tiempo de inicio de tolerancia y el uso de analgesia así como de fármacos potenciales depresores respiratorios.

• FACTORES DE RIESGO DE REINTERVENCIONES Y REINGRESOS EN LOS PACIENTES QUEMADO

Triana Junco, Paloma; Dore Reyes, Mariela; Miguel Ferrero, Miriam; Serradilla Rodríguez, Javier; Amesty Morello, Virginia; Díaz González, Mercedes; López Gutiérrez, Juan Carlos Hospital Universitario La Paz. Madrid. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: La tasa de reintervenciones y reingresos constituye un índice de calidad asistencial en cirugía, estando influenciada por múltiples factores. El objetivo de este estudio es identificar los factores asociados a reintervenciones y reingresos en el paciente pediátrico quemado.

Métodos: Revisión retrospectiva de pacientes quemados intervenidos en los últimos 4 años, analizando el tipo de quemadura y el tratamiento realizado así como las reintervenciones en el primer ingreso y los reingresos posteriores. Se realizó un análisis estadístico multivariante.

Resultados: Se evaluaron 140 pacientes quemados (52% varones) siendo la escaldadura el agente más frecuente (62,7%). Las quemaduras se clasificaron en segundo grado superficiales (17%), segundo grado profundas (63%) y tercer grado (20%); afectando a una extensión mediana de 6% (1-40). Un total de 43 pacientes (30,7%) fueron reintervenidos tras el desbridamiento inicial y 27 (19,2%) reingresaron para tratamiento de secuelas tras 153 días (4-696).

Tras el análisis multivariante, se observó que los factores independientes para las reintervenciones fueron la extensión (OR 1,1), la profundidad (OR 6,3) y la afectación de miembros

superiores (OR 4,8). Asimismo, los factores independientes para los reingresos fueron las reintervenciones durante el primer ingreso (OR 5,6), las “no-escaldaduras” (OR 5,5) y la afectación de genitales (OR 4,1).

Conclusiones: Aunque la extensión y la profundidad son conocidos factores de gravedad en quemados y por tanto factores de riesgo de reintervenciones y reingresos, la afectación de miembros superiores, las “no-escaldaduras” y la afectación de genitales se presentan en este estudio como factores independientes de riesgo.

- **MANEJO DE LA LINFADENITIS POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL**

Martín Alelú, Rubén; Rico, Clara; Marti, Eunate; Delgado, Dolores; Carrillo, Isabel; Aneiros, Belén; Redondo, Jesús; Melero, Leonor; Merino, Lara; Gómez, Andrés
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: describir nuestra experiencia en el manejo de la linfadenitis por micobacterias no tuberculosas (LMNT).

Métodos: Análisis retrospectivo de 72 pacientes (29 varones/ 43 mujeres) intervenidos en nuestro centro de LMNT durante los años 2010-2017. Se analizaron datos demográficos, pruebas complementarias realizadas y datos de seguimiento.

Resultados: La edad media fue de 31 meses (rango 7 meses – 12 años). Para el diagnóstico la radiografía de tórax se realizó al 100% de pacientes, siendo en todos los casos normal. El mantoux fue positivo en 16.6%, dudoso en 9.7 % y negativo en 73.6%. La PAAF preoperatoria fue diagnóstica (linfadenitis granulomatosa necrotizante) en 88.8% mientras que el cultivo para micobacterias fue positivo sólo en 23.6%, siendo el *Mycobacterium lentiflavum* el patógeno más frecuentemente encontrado. Más del 90% de los pacientes recibió antibioterapia empírica como primera opción terapéutica con fracaso en el resultado. El tiempo de espera preoperatorio fue de 2.5 meses con un porcentaje de fistulización previo a la cirugía de 6.9%. La estancia hospitalaria media fue 1.1 días y no hubo complicaciones perioperatorias. El tiempo medio de seguimiento fue 5.5 meses (rango 1-24 meses) observándose 19 casos de parálisis facial temporal, de los cuales 5 persistieron al cabo de 1 año.

Conclusiones: La LMNT es una enfermedad cada vez más frecuente en nuestro medio. Es importante realizar un diagnóstico y tratamiento precoz, puesto que el tratamiento quirúrgico ha demostrado ser seguro y eficaz asociando baja tasa de complicaciones. Creemos que los protocolos actuales se deben revisar, debido a la escasa rentabilidad de algunas pruebas complementarias.

- **MARCA EN HELECHO EN MALFORMACIONES VENOSAS NEONATALES COMO DIAGNÓSTICO PRECOZ DE SÍNDROME DE BEAN**

Nava Hurtado de Saracho, Francisco de Borja; Álvarez-Barral, María; Bueno Jiménez, Alba; Serradilla, Javier; Gómez Cervantes, Juan Manuel; Miguel Ferrero, Miriam; Díaz González, Mercedes; López-Gutiérrez, Juan Carlos
Hospital universitario La Paz. Madrid. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: El Blue Rubber Bleb Nevus Syndrome (BRBNS) o Síndrome de Bean es una rara entidad caracterizada por Malformaciones Venosas (MV) múltiples cutáneas y gastrointesti-



nales asociadas a anemia crónica y originada por mutaciones somáticas en el gen TEK (TIE-2). Aparecen como numerosas de color azul-violáceo, tamaño de 1-2cm y depresibles al tacto. El hallazgo de una gran MV aislada en el periodo neonatal se ha sugerido como un hallazgo característico de esta entidad.

Métodos: Revisamos las historias clínicas de pacientes que fueron diagnosticados de BRBNS que presentaron al nacimiento una MV. Presentamos a 5 pacientes que al nacimiento se detectó una MV de tamaño significativo sin otra lesión cutánea.

Resultados: Cinco pacientes presentaron una MV con una característica marca en forma rama de helecho. Las MV se localizaron en extremidad superior (3), región frontal (1) y región lumbar (1). Fueron tratadas quirúrgicamente sin incidencias y sin sospecha de que hubiera ningún proceso malformativo asociado. Durante el seguimiento, todos los pacientes desarrollaron el espectro característico de MV cutáneas y gastrointestinales del BRBNS precisando desde la vigilancia a la transfusión ocasional de hemoderivados, tratamiento quirúrgico, endoscópico y farmacológico con rapamicina.

Conclusiones: El hallazgo de la marca en helecho en la MV neonatal parece característica de esta entidad y puede eventualmente ser de ayuda para un diagnóstico precoz de sospecha del BRBNS. Su presencia permitiría un acceso más rápido a las pruebas diagnósticas concretas y tratamientos específicos.

• NUESTRA EXPERIENCIA CON LA UTILIZACIÓN DE SIROLIMUS EN EL TRATAMIENTO DE ANOMALÍAS VASCULARES COMPLEJAS

Giménez-Aleixandre, María Cristina¹; Méndez-Aguirre, Nery Alfredo¹; Martínez-Menchón, Teresa²; Fernández-Ibieta, María¹; Ferri-Ñíguez, Belén³; Villamil, Vanesa¹; Sánchez-Sánchez, Ángela¹; Montoya-Rangel, Carlos Andrés¹; Hernández-Bermejo, Juan Pedro¹

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio de Cirugía Pediátrica. ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio de Dermatología. ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio de Anatomía Patológica. Murcia. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: Los inhibidores mTOR están siendo usados para el tratamiento de anomalías vasculares (AV) complejas sin respuesta a tratamientos convencionales. Presentamos nuestros resultados de pacientes pediátricos tratados con sirolimus.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes tratados con sirolimus, entre 2014 y 2017, analizando tipo de anomalía vascular, respuesta al tratamiento y complicaciones derivadas de su empleo. El protocolo de tratamiento incluyó pacientes con anomalías vasculares complejas, tras firma de consentimiento informado y con dosis inicial de 0,8 mg/m²/12 horas, monitorizando niveles plasmáticos. Se definió respuesta favorable tanto en términos clínicos como radiológicos.

Resultados: Recibieron sirolimus 9 pacientes, con mediana de edad de 14 meses (1 mes- 14 años). Se trataron 5 malformaciones linfáticas (ML) microquísticas complejas (en algunas como coadyuvancia a otros tratamientos), 1 linfangioendoteliomatosis multifocal, 1 linfangiomatosis kaposiforme, 1 malformación mixta linfático-venosa, 1 hemangioendotelioma kaposiforme (HEK). El 66% fueron niñas. Mediana de tratamiento: 4 meses (2-18 meses). En 4 pacientes (44%) se objetivó resolución o mejoría de las lesiones. El paciente con HEK mostró resolución completa tras 2 meses de tratamiento. En dos pacientes con ML microquística y en el paciente con malformación mixta, se apreció mejoría clínica y disminución del tamaño de



las lesiones tras una mediana de tratamiento de 3 meses. Se apreció efecto rebote en dos ML al suspender el tratamiento. Tres pacientes presentaron hipertransaminasemia e hipercolesterolemia, sin precisar tratamiento médico.

Conclusiones: En nuestro estudio, objetivamos que el sirolimus tuvo una eficacia moderada en el tratamiento de AV complejas, pero fue resolutivo en el HEK.

- **SUSTITUTOS DE MUCOSA PALATINA O HUESO, GENERADOS POR INGENIERÍA TISULAR, ¿PODRÍAN AYUDAR EN EL TRATAMIENTO DE FISURADOS LABIOPALATINOS?**

García Dueñas, Cristina¹; Licerias Licerias, Esther¹; Fernández-Valadés Gámez, Ricardo²; España López, Antonio¹; Garzón Bello, Ingrid³; Alaminos Mingorance, Miguel³; Fernández-Valadés, Ricardo^{1,3}
¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²Hospital Universitario Sanitas. La Moraleja y Zarzuela. Madrid. ³Grupo de ingeniería tisular. Facultad de Medicina Granada. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: El tratamiento de los pacientes fisurados labiopalatinos restablece la estética y funcionalidad del labio y paladar, pero puede producir efectos secundarios (crecimiento maxilar y secuelas en las zonas donantes de injertos). En este trabajo, intentamos ver cómo la utilización de mucosa palatina y hueso fabricados por ingeniería tisular pueden prevenir estas complicaciones.

Métodos: 26 conejos (3-4 semanas) divididos en grupos controles hueso (n=3 positivos y n=3 negativos defecto óseo sin implante) y mucosa (n=4 positivos n=4 negativos defecto mucoso sin implante) y grupos de estudio (n=4 para hueso y n=4 constructo mucoso sin células y n=4 constructo mucoso con células). Obtención de sustitutos artificiales de mucosa y hueso, mediante técnicas de ingeniería tisular, a partir de biopsias de mucosa palatina y grasa (diferenciada a hueso) e implante autólogo tras crear defecto mucoso u óseo de 5 mm en lado derecho del paladar. Análisis morfométrico (TAC y micro CT), histoquímico e inmunohistoquímico. Análisis estadístico: U test Mann-Whitney, test exacto de Fisher, Correlación Tau de Kendal.

Resultados: La utilización de mucosa y hueso obtenidos mediante ingeniería tisular mejoran, de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$), la morfometría y calidad histológica (maduración ósea y mucosa) del paladar respecto al grupo control negativo.

Conclusiones: La mucosa o hueso obtenidos por técnicas de ingeniería tisular podrían contribuir al tratamiento de pacientes fisurados labiopalatinos, disminuyendo alteraciones del crecimiento y complicaciones de la obtención de hueso.

Financiado FISPI14/2110 Instituto Salud Carlos III, Ministerio Economía, Industria y Competitividad (cofinanciado FEDER, EU).

- **SUSTITUTO PALATINO MULTICAPA OSTEOMUCOSO Y SU UTILIZACIÓN PARA DEFECTOS PALATINOS**

Gironés Camarasa, Belén¹; Fernández-Valadés Gámez, Ricardo²; Martín Piedra, Miguel Angel³; Licerias Licerias, Esther¹; España López, Antonio¹; Alaminos Mingorance, Miguel¹; Fernández-Valadés, Ricardo^{1,3}.

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²Hospital Universitario Sanitas. La Zarzuela y Moraleja. ³Grupo de ingeniería Tisular. Facultad de Medicina Granada. **Oral 5 minutos.**



Objetivos: En el tratamiento de la fisura labiopalatina sería de gran ayuda disponer de tejidos combinados de mucosa/hueso para la reparación de defectos palatinos. El objetivo de este trabajo es fabricar mediante ingeniería tisular un tejido multicapa de mucosa oral y hueso analizando su comportamiento en defectos palatinos.

Métodos: Se elaboró un tejido multicapa (mucosa/hueso) nanoestructurado a partir de biopsias de mucosa palatina y grasa inguinal, el cual se evaluó en 12 conejos New Zealand al destete. Tras realizar un defecto osteomucoso de 5 mm en el lado derecho del paladar a 8 conejos; a 4 se implantó el tejido y a otros 4 se dejó cicatrizar por segunda intención, 4 se usaron como control positivo. Realizamos estudios morfométricos, histoquímicos e inmunohistoquímicos, tanto in vivo como in vitro. Para el estudio estadístico utilizamos los test de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y exacto de Fisher.

Resultados: La estructura tridimensional del sustituto de paladar fue histológicamente similar al control in vivo. Ex vivo, la diferenciación fue baja (expresión de citoqueratinas). El estudio morfométrico no mostró diferencias significativas ($P < 0,05$) entre el grupo control positivo y grupo estudio, pero sí entre el control positivo y control negativo.

Conclusiones: El sustituto de paladar multicapa de mucosa/hueso puede ser útil para tratar pacientes con defectos osteomucosos a nivel de paladar pudiendo prevenir alteraciones del crecimiento y mejorar la funcionalidad de estos tejidos.

Financiado por el proyecto FIS PI14/2110 del Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (cofinanciado por FEDER, EU).

- **ESTUDIO DE BIOCOMPATIBILIDAD LOCAL DE MATRICES DE NANOFIBRAS CARGADAS CON SN-38 SOBRE VASOS SANGUÍNEOS, NERVIOS Y VÍSCERAS**

Manzanares Quintela, Alejandro¹; Restrepo-Perdomo, Camilo A.²; Tornero, José A³; Carcaboso, Ángel M.⁴

¹Institut de Recerca Sant Joan de Déu. Barcelona. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ²Institut de Recerca Sant Joan de Déu. Barcelona. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona. ³Institut de Investigació Textil i Cooperació Industrial de Terrassa (INTEXTER), Universitat Politècnica de Catalunya, Barcelona. Cebiotex Biomedical Nanofibers, Parc Científic de Barcelona, Barcelona. ⁴Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Barcelona. Servicio de Hematología y Oncología Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat. Barcelona. **Oral 5 minutos.**

Objetivos: Las matrices de nanofibras cargadas de SN-38 (metabolito activo del irinotecan) han mostrado actividad preclínica en el control local de tumores sólidos pediátricos. Sin embargo, se desconoce su efecto tóxico sobre órganos sanos. En este trabajo se estudiaron los efectos tóxicos locales y sistémicos relacionados con la administración de estas matrices en órganos habitualmente afectados por cirugías de resección de nuestros pacientes.

Métodos: Se diseñaron tres modelos en rata para estudiar la toxicidad de las matrices sobre riñón, hígado, vejiga, útero, vasos y nervios. Se incluyeron grupos control y sham. Se realizó estudio anatomopatológico, hematológico, bioquímico y análisis de función neurovascular (plexo femoral) a 16 y 70 días. Se compararon los resultados con Chi cuadrado, t-Student y ANOVA.



Resultados: Se observó reacción a cuerpo extraño en todas las localizaciones anatómicas expuestas a matrices. El grosor de las matrices estuvo en el rango 2,3-21,7 μ m con los valores más altos en el modelo neurovascular ($p=0,013$). Las cápsulas alrededor de las matrices fueron fibrosas, sin diferencias en sus características. Se observó mayor grosor de las cápsulas alrededor de matrices cargadas de SN-38 en contacto con hígado y riñón ($p=0.0436$). No hubo alteración de los tejidos en contacto con matrices. En los estudios hematológicos y bioquímicos no se hallaron diferencias entre grupos. La función neurovascular femoral no fue afectada.

Conclusiones: En el presente estudio no se han hallado signos de toxicidad histológica, hematológica o funcional de las matrices de nanofibras cargadas de SN-38. Los resultados son importantes para facilitar la traslación clínica de este nuevo tratamiento.

21:00 h

CENA DE CLAUSURA

CARMEN DE LOS CHAPITELES

Cno. Fuente del Avellano, 4
18010 Granada





SÁBADO, 26 DE MAYO

(Sala Albéniz + Machuca. Planta -2)

09:30 a 10:45 h

MESA COMUNICACIONES 11.

PÓSTERES PRESENTADOS

Moderadores:

Dr. Padilla García, Mauro Alberto. Jaén.

Dr. Mátar Sattuf, Kamel. Granada.

- **EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ÓXIDO NITROSO DURANTE PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA**

Casal Beloy, Isabel; Míguez Fortes, Lorena; García González, Miriam; Somoza Argibay, Iván; Dargallo Carbonell, Teresa

Hospital Materno Infantil A Coruña. **Póster presentado.**

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad del óxido nitroso como agente sedoanalgésico durante la realización de procedimientos dolorosos e invasivos en la edad pediátrica.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a óxido nitroso durante procedimientos invasivos, entre 2014 y 2017. Fueron recogidos datos demográficos (edad, sexo y peso) y de la técnica (flujo, duración, efectos adversos, número de repeticiones en el mismo paciente). Al finalizar el procedimiento, fue realizada una escala para valorar la efectividad del óxido nitroso (muy efectivo, poco efectivo o nada efectivo).

Resultados: Fueron tratados 345 pacientes (49.9% niños y 50.1% niñas). El peso medio fue de 27 kg (Rango: 5-92). La edad media fue de 8 años (Rango: 1-15). La duración media del procedimiento fue de 13.21 minutos (Rango: 4-60). El flujo medio de inhalación fue de 13.4 litros/minuto (Rango: 5-15).

Las técnicas más realizadas fueron la inyección de toxina botulínica (46.1%) y los procedimientos de cirugía menor (36.6%). El 16.5% de pacientes recibió medicación analgésica concomitante durante el procedimiento.

Un 9.2% de pacientes desarrollaron efectos adversos leves, siendo el más frecuente los vómitos (5.2%). Ningún paciente presentó efectos adversos graves. La tasa de fallo del 0.9% (3 niños).

No existieron diferencias estadísticamente significativas en la tasa de efectividad ni de efectos adversos en función de las siguientes variables: sexo, peso, duración, flujo, tipo de procedimiento, medicación concomitante.

Conclusiones: El óxido nitroso parece un fármaco eficaz para lograr una sedoanalgesia adecuada durante técnicas invasivas y de larga duración en la población pediátrica.

- **ADENOMA PARATIROIDEO EN PACIENTE PEDIÁTRICO**

Domínguez García, Cristina; Pisón Chacón, Javier; González Esgueda, Ainara; Escartín Villacampa, Ricardo; González Ruiz, Yurema; Siles Hinojosa, Alexander; De Arriba Muñoz, Antonio; Ferrer Lozano, Marta

Hospital Materno Infantil Miguel Servet. **Póster presentado.**

Objetivos: El hiperparatiroidismo es una patología rara en la edad pediátrica (2-5 casos por cada 100000 niños), siendo la causa más común el hiperparatiroidismo primario por adenoma funcionante único, aunque también puede presentarse como parte de síndrome de neoplasia endocrina múltiple. Las manifestaciones clínicas suelen ser más evidentes y tempranas que en el adulto, permaneciendo asintomáticos entre un 0-20% de los pacientes en el momento del diagnóstico.

Métodos: Niña de 10 años con dolor abdominal, anorexia, vómitos, poliuria y polidipsia en contexto de hipercalcemia (13'4 mg/dl). Se amplía estudio, hallándose elevación de PTH(443'8 pg/ml). Se realiza ecografía tiroidea que evidencia nódulo de 13x6mm posterior a lóbulo tiroideo derecho(LTD) y gammagrafía con hipercaptación tardía en LTD sugestivas de adenoma paratiroideo. Se decide intervención quirúrgica con corrección preoperatoria de hipercalcemia con bifosfonatos. La PTH basal fue de 719'5pg/ml. Se precisa ecografía intraoperatoria para poder identificar lesión mal definida e íntimamente adherida a pared posterior de LTD que se extirpa, determinando la anatomía patológica existencia de tejido paratiroideo. En mediciones seriadas de PTH intraoperatorias, se obtiene valor postoperatorio a los 15 minutos de la extracción de 50pg/ml y a los 25 minutos de 21pg/ml, confirmándose la extirpación de tejido hiperfuncionante.

Resultados: La paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta al tercer día postquirúrgico, con niveles normales de parathormona y calcio sérico.

Conclusiones: El adenoma paratiroideo es una patología excepcional en niños, que precisa tratamiento quirúrgico, participación multidisciplinar y un estudio de imagen que facilite su localización intraoperatoria.

- **DERIVACIÓN VENTRÍCULO-BILIAR: ¿CUÁNDO Y CÓMO?**

Rodríguez Iglesias, Patricia; Driller, Carsten; Gómez-Chacón Villalba, Javier; Miranda Lloret, Pablo; Vila Carbó, Juan José

Hospital Universitari i Politècnic la Fe, Valencia. **Póster presentado.**

Objetivos: El tratamiento estándar de la hidrocefalia obstructiva es la derivación peritoneal. La segunda opción más frecuente utilizada es la derivación auricular.

En casos especiales también hay que considerar otras alternativas. Por ejemplo, en los pacientes con astrocitoma pilocítico, el LCR se caracteriza por una alta concentración proteica y ascitis importante. En la actualidad, la bibliografía existente acerca de la derivación ventrículo-biliar es escasa. Nuestro objetivo es presentar su indicación y describir la técnica mediante abordaje laparoscópico.

Métodos: Varón de 3 meses con astrocitoma pilocítico e hidrocefalia obstructiva. Por las características del tumor (alta probabilidad de fracaso de absorción intestinal y mayor tasa de complicaciones) y la necesidad de un catéter venoso central para la administración de quimioterapia se decidió la derivación ventrículo-biliar como primera opción.



Resultados: Se realizó un abordaje laparoscópico mediante el cual se identificó la vesícula biliar. Se realizó introducción del catéter de derivación (especialmente modificado) y fijación mediante una bolsa de tabaco. Tras un seguimiento de 6 meses el paciente no ha presentado complicaciones y con buen funcionamiento del catéter.

Conclusiones: La vesícula biliar es un lugar estéril, con buena capacidad absorbente de agua y electrolitos y con acción lítica sobre las proteínas.

La técnica es segura y eficaz mediante abordaje laparoscópico. Por tanto, la derivación ventrículo-vesicular es una buena alternativa de derivación ventricular en determinados pacientes pediátricos.

- **QUISTE BRONCOGÉNICO CERVICAL, UN DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR ANTE UNA TUMORACIÓN CERVICAL EN LA EDAD PEDIÁTRICA**

de Haro Jorge, Irene; Palazón Bellver, Pedro; Krauel Giménez-Salinas, Lucas; Vicario Latorre, Francisco Javier; Martín Lluís, Alba; Moraleda Gudayol, Inés; Tarrado Castellarnau, Xavier Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. **Póster presentado.**

Objetivos: Las tumoraciones cervicales en pediatría son frecuentes. Generalmente son lesiones benignas, siendo la etiología infecciosa o congénita la causa más común.

Los quistes broncogénicos derivan de una anomalía en la formación del árbol traqueobronquial durante el desarrollo fetal del intestino primitivo. Se caracterizan por la presencia de epitelio respiratorio, glándulas seromucinosas y músculo liso. Se encuentran mayoritariamente en el parénquima pulmonar o mediastino, siendo otras localizaciones muy infrecuentes. Presentamos dos casos de quiste broncogénico de localización cervical.

Métodos: Revisión retrospectiva de dos casos clínicos.

Resultados: El primer caso presentaba al nacimiento una tumoración cervical anterior con un estigma cutáneo en la línea media. El segundo caso, que también presentaba un estigma cutáneo, debutó a los 15 meses con un absceso supraesternal que precisó desbridamiento. En ambos, la ecografía mostraba una masa quística sugestiva de quiste tirogloso o branquial. Se realizó exéresis completa en los dos casos. El estudio histopatológico mostró lesión quística revestida por epitelio cilíndrico estratificado con músculo liso y secreción mucosa, siendo diagnóstico de quiste broncogénico. Ambos pacientes están asintomáticos tras 10 meses de seguimiento.

Conclusiones: Los quistes broncogénicos cervicales son infrecuentes en la edad pediátrica y deben ser incluidos en el diagnóstico diferencial de las lesiones cervicales. Las pruebas de imagen son útiles para determinar el origen de la lesión y su relación con estructuras vecinas aunque el diagnóstico definitivo es anatomopatológico. La exéresis completa constituye el tratamiento definitivo.

- **¿FRACTURA DE HUESO HIODES? ¡SÍ, EXISTE!**

Martín-Lluís, Alba; Palazón Bellver, Pedro; Moraleda Gudayol, Inés; Albert Cazalla, Asteria; Rubio-Palau, Josép; Tarrado Castellarnau, Xavier Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. **Póster presentado.**

Objetivos: La fractura de hueso hioides es una entidad extremadamente infrecuente. Suele ser debida a traumatismos cervicales anteriores: estrangulamiento, ahorcamiento, accidentes de tráfico o deportivos. Por su localización pueden asociar lesiones potencialmente graves. El tratamiento es conservador en la mayoría de casos.

Presentamos un caso de fractura de hioides y proponemos un protocolo de actuación.

Métodos: Revisión retrospectiva del caso.

Resultados: Paciente varón de 15 años que acude a urgencias por hematoma y dolor cervical anterior con odinofagia tras accidente de tráfico. En la radiografía cervical se aprecia imagen sugestiva de fractura de hioides. El TAC confirma la fractura y descarta otras lesiones. Se realiza laringoscopia directa, sin apreciar complicaciones. Se decide tratamiento conservador con analgesia, corticoides y dieta blanda, con buena evolución.

El protocolo de las fracturas de hioides debe incluir un TAC cervical para confirmar la fractura y descartar lesiones asociadas (fracturas mandibulares o vertebrales, lesiones de vía aérea o vasculares). Se debe completar el estudio mediante una laringoscopia directa para identificar complicaciones de la laringe (hematoma o edema). En fracturas aisladas se recomienda tratamiento conservador con analgesia y dieta blanda. El uso de antibióticos y corticoides debe individualizarse en cada caso. Se recomienda ingreso en observación durante 48 horas. La cirugía se reserva para fracturas desplazadas o con lesiones asociadas.

Conclusiones: La fractura de hioides es una entidad rara que se debe tener presente ante traumatismos cervicales directos. Las pruebas de imagen y la exploración laringea son útiles para confirmar el diagnóstico, descartar lesiones potencialmente graves y decidir el tratamiento.

• INVAGINACIÓN INTESTINAL DE SIGMA: ¿QUÉ DEBEMOS DESCARTAR?

González Ruiz, Yurema; González Herrero, Marina; Delgado Alvira, Reyes; Siles Hinojosa, Alexander; Domínguez García, Cristina; Gutiérrez Alonso, Cristina; Ruiz de Temiño Bravo, Mercedes Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. **Póster presentado.**

Objetivos: La invaginación intestinal(II) es frecuente en niños menores de dos años, siendo la localización habitual ileocólica. La II sigmoidea es extremadamente rara y debe descartarse patología asociada que la origine.

Métodos: Presentamos el caso clínico de una niña de 11 años con estreñimiento de 10 días de evolución, vómitos y rectorragia. A la exploración presenta abdomen distendido, palpándose al tacto rectal una tumoración fibroelástica, redondeada, que prolapsa hacia la luz. En radiografía abdominal se visualiza distensión de intestino delgado y colon-sigma, sin evidenciarse gas distal. La ecografía abdominal muestra una imagen compatible con invaginación sigmoidea en hipogastrio con vascularización conservada, que se confirma en el TAC abdominal. Se realizan intentos de desinvaginación mediante hidroenema y neumoenema sin ser efectivas. La colonoscopia identifica una lesión con mucosa isquémica a 10 cm de margen anal que progresa 15 cm hasta llegar a un fondo de saco ciego. Realizamos laparotomía media infraumbilical, identificando invaginación de 15cm de sigma, consiguiendo desinvaginación completa. La cabeza de invaginación es una tumoración intraluminal, excrecente, nodular, grisácea, de superficie lisa de unos 4x3cm que es resecada dejando márgenes de 1,5cm y realizando una anastomosis termino-terminal.



Resultados: La paciente evoluciona favorablemente. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de Schwannoma intestinal intramural con ulceración de mucosa.

Conclusiones: La invaginación sigmo-sigmoidea es poco frecuente en niños y adultos, presentado en la mayoría de los casos una cabeza de invaginación. El schwannoma gastrointestinal es un tumor raro, siendo la localización colónica excepcional y normamente asintomáticos y benignos, aunque se han descritos casos de malignización.

- **IMPLEMENTACIÓN DE LA TÉCNICA PIRS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: ANÁLISIS DE LA CURVA DE APRENDIZAJE**

Miró, Ignacio; Carazo, Elena; Cortés, Jorge; Ibáñez, Vicente; Mínguez, Antonia; Crehuet, David; Vila, Juan José

Hospital La Fe, Valencia. **Póster presentado.**

Objetivos: Describir nuestros resultados para los pacientes intervenidos de hernia inguinal mediante Percutaneous Internal Ring Suture (PIRS) y presentar nuestra curva de aprendizaje.

Métodos: Revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos en nuestro centro mediante PIRS, y división de la muestra en 2 subgrupos de igual tamaño en base a la fecha de la cirugía, comparando ambos subgrupos en términos de eventos adversos (complicaciones intraoperatorias, reconversión a cirugía abierta y recidiva) y de tiempo operatorio.

Resultados: Se realizaron 74 PIRS en 58 pacientes, con una edad media de 5,6 años (2,9-9,3). Existieron un total de 6 complicaciones intraoperatorias (8,1%, todas ellas hematomas por punción epigástrica), 2 reconversiones a cirugía abierta (2,7%, debidas a hematoma epigástrico) y 5 recidivas (6,8%).

El estudio de la curva de aprendizaje reveló que el número de hematomas en el primer grupo cronológico fue 5 veces mayor, quedando cerca de la significación estadística (5 vs 1, $p = 0,08$). No hubo diferencias en recidivas entre el primer y segundo grupo de la curva de aprendizaje (2 vs 3, $p = 0,6$). Hubo 2 reconversiones en el primer grupo, ninguna en el segundo. El tiempo quirúrgico fue significativamente menor en el segundo grupo (42,5 minutos, 27,8-57,2) que en el primero (53,0 minutos, 30,0-69,0) ($p=0,04$).

Conclusiones: La técnica PIRS supone una alternativa eficaz y segura respecto a la herniorrafia convencional, especialmente para casos bilaterales o que asocien hernia umbilical. El entrenamiento en la misma es fundamental de cara a disminuir la incidencia de complicaciones y el tiempo quirúrgico.

- **RESULTADOS INICIALES DE UN PROGRAMA DE DILATACIONES VAGINALES**

Dore, Mariela; Triana, Paloma; Sánchez-Galán, Alba; Álvarez Barrial, María; Barrena, Saturnino; Guerrero Fernández, Julio; Mora Palma, Cristina; González Casado, Isabel; Martínez Martínez, Leopoldo; López-Santamaría, Manuel

Hospital Universitario La Paz, Madrid. **Póster presentado.**

Objetivos: La dilatación vaginal (DV) progresiva es la primera línea de tratamiento de la hipoplasia vaginal. Su éxito necesita de una paciente psicológicamente preparada y comprometida con el tratamiento. Nuestro objetivo es presentar un programa de DV y sus resultados a medio plazo.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con hipoplasia/agenesia vaginal registradas en el programa de DV en el período 2014-2017. Se incluyeron aquellas que aceptaron iniciar el protocolo y acudieron a revisiones periódicas. Se consideró éxito anatómico una longitud vaginal de 7cm y diámetro de 28mm. El éxito funcional se estableció en aquellas pacientes sexualmente activas sin dificultades. Se excluyeron pacientes con vaginoplastias quirúrgicas.

Resultados: Se registraron 7 pacientes con una mediana de 17 años (15-17) en el programa de DV. El diagnóstico primario más frecuente fue la insensibilidad completa a los andrógenos (5/7). Durante la primera exploración se identificó una fosita mucosa con una mediana de 3cm (1-5) de longitud y 14mm (11-17) de diámetro. La adherencia se consideró satisfactoria en 6/7 pacientes de las cuales 5 alcanzaron el éxito anatómico en 1.3 años (0.8-3) y 2 manifestaron ser sexualmente activas. La mediana de seguimiento fue 1.6 años (0.5-3.2) sin identificarse complicaciones durante el mismo.

Conclusiones: La DV es una técnica inocua, segura y efectiva para lograr el éxito anatómico en pacientes con hipoplasia vaginal. Se requieren programas que faciliten el cumplimiento y motiven a la paciente para alcanzar su objetivo.

- **QUEMADURAS NEONATALES: UN RETO PARA LOS CIRUJANOS PEDIÁTRICOS**

Álvarez Barrial, María; Miguel, Miriam; Nava Hurtado de Saracho, Francisco de Borja; Serradilla, Javier; Bueno Jiménez, Alba; Triana, Paloma; Díaz González, Mercedes; Amesty, Virginia; López Gutiérrez, Juan Carlos

Hospital Universitario La Paz, Madrid. **Póster presentado.**

Objetivos: Las quemaduras neonatales suponen un reto para los cirujanos pediátricos, ya que requieren un manejo específico debido a la fisiología del neonato. Nuestro objetivo fue estudiar la epidemiología, fisiopatología y las dificultades en el tratamiento de estas quemaduras.

Métodos: Se incluyeron 60 neonatos (30 prematuros) que precisaron tratamiento por quemaduras entre 1997-2017. Recogimos datos sobre la etiología, necesidad de fluidoterapia, tipo de cura realizada y necesidad de intervención quirúrgica.

Resultados: La mayoría (41/60, 68%) presentaron quemaduras químicas, principalmente por extravasaciones (38/41), con una SCQ pequeña (<1-2%) y que, por tanto, no requirieron fluidoterapia específica. Treinta y cuatro (97%) cicatrizaron por primera intención. Los neonatos con lesiones térmicas tuvieron un curso clínico más complicado. Seis requirieron reanimación según protocolos de shock hipovolémico neonatal (más efectivos que las fórmulas estándar de fluidoterapia en quemados); y 9% (2/22) necesitaron injertos cutáneos, resultando técnicamente complejos por falta de dermatomas neonatales. Ningún paciente presentó toxicidad por los agentes tópicos empleados (Nitrofurazona, Mupirocina, Sulfadiazina argéntica); aunque su uso fue restringido en prematuros de bajo peso.

Conclusiones: Las quemaduras neonatales representan una entidad diferente de las quemaduras en otras etapas de la vida, pues presentan dificultades específicas en su tratamiento, tales como la ineficacia de las pautas estándar de fluidoterapia, la posible toxicidad de los agentes tópicos y la falta de material quirúrgico de tamaño adecuado. Por otro lado, el excelente potencial de cicatrización de los neonatos permite la curación por primera intención en la mayoría de los casos.



- **LINFANGIECTASIA INTESTINAL. UNA ANOMALÍA LINFÁTICA SECUNDARIA Y NO PRIMARIA**

Álvarez Barrial, María; Nava Hurtado de Saracho, Francisco de Borja; Serradilla, Javier; Bueno Jiménez, Alba; Triana, Paloma; Delgado, Carlos; Muñoz, Antonio Jesús; Miguel, Miriam; Díaz González, Mercedes; Amesty, Virginia; López Gutiérrez, Juan Carlos
Hospital Universitario La Paz, Madrid. **Póster presentado.**

Objetivos: La clasificación de las anomalías vasculares reeditada en 2018 por la ISSVA, no incluye la Linfangiectasia Intestinal Primaria (PIL) como una entidad reconocida entre las anomalías linfáticas a pesar de que esta denominación persiste en la literatura científica. Con el fin de investigar nuestra experiencia al respecto, todos los pacientes de nuestro centro con este diagnóstico fueron evaluados para determinar la etiopatogenia de la linfangiectasia.

Métodos: Se estudiaron 21 pacientes diagnosticados de PIL entre 1965 y 2016. De ellos, 10 habían sido diagnosticados antes de los 5 años de edad, 8 entre 5 y 18 años y 3 más tarde. Se les había realizado endoscopia, biopsia, resonancia magnética y linfoescintigrafía. En los últimos 8 pacientes se realizó además linfangiografía intranodal dinámica.

Resultados: Una vez analizadas las pruebas todos los pacientes fueron diagnosticados de Anomalía Linfática Generalizada tras demostrar que 12 presentaban obstrucción o aplasia del conducto torácico, que en 16 había una malformación linfática asociada, quilotórax en 11, ascitis quilosa en 10, derrame pericárdico en 6, coagulopatía en 3 y osteolisis en 7. Estos signos y síntomas son característicos de la Anomalía Linfática Generalizada.

Conclusiones: La linfangiectasia intestinal no es una entidad en sí misma, sino una consecuencia del deterioro del flujo linfático en el conducto torácico, produciendo reflujo quiloso en los vasos linfáticos intestinales. Por tanto, proponemos que el término “linfangiectasia intestinal primaria” sea reemplazado por enteropatía pierde proteínas en el contexto de una Anomalía Linfática Generalizada, entidad ésta sí reconocida por la ISSVA.

- **SINUS PERICRANII ARTERIAL. UNA ENTIDAD DESCONOCIDA**

Nava Hurtado de Saracho, Francisco de Borja; Álvarez-Barrial, María; Delgado, Carlos; Muñoz, Antonio Jesús; Jiménez, Javier; Triana Junco, Paloma Elena; Miguel Ferrero, Miriam; Díaz González, Mercedes; López Gutiérrez, Juan Carlos
Hospital universitario La Paz, Madrid. **Póster presentado.**

Objetivos: El Sinus Pericranii (SP) es una malformación vascular rara en la que existe una conexión intradiploica entre el sistema venoso intra y extracraneal. Se presenta como una masa blanda en línea media del cráneo con crecimiento progresivo, que aumenta de tamaño con maniobras de Valsalva. Una conexión similar entre los sistemas arteriales intra y extracraneales no ha sido descrita previamente.

Métodos: Niño de 20 meses con sospecha malformación capilar en línea media del hueso frontal fue derivado a nuestra Unidad de Anomalías Vasculares por aumento progresivo de tamaño no concordante con el diagnóstico. Se realizó una ecografía concluyente de malformación de alto flujo. El angio-TAC confirmó la naturaleza arterial de la lesión y su comunicación con la arteria meníngea media

Resultados: Se realizó una embolización de la porción distal de la arteria menígea media previa a la cirugía. Para garantizar la cobertura cutánea del defecto resultante se implantaron dos expansores cutáneos adyacentes a la malformación. Siete semanas después se extirpó la porción extracraneal de la malformación y se cerró el defecto con los colgajos cutáneos expandidos.

Conclusiones: Desde su primera descripción, el SP se ha clasificado y descrito en la literatura como una malformación venosa. Por primera vez, se describe una conexión de tipo arterial. El estudio genético de las mutaciones habituales en malformaciones arteriales intra y extracraneales no ha dado ningún resultado por lo que continuamos buscando el origen de esta rara anomalía.

- **SOLUCIÓN DE MONSEL COMO ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DEL GRANULOMA SECUNDARIO A QUEMADURAS**

Esteva Miró, Clara; Rojo Díez, Raquel; Santiago Martínez, Saioa; Brun Lozano, Núria; Álvarez García, Natalia; Pérez-Gaspar, Mireia; Betancourth Alvarenga, Josué Eduardo; Núñez García, Bernardo
Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell. **Póster presentado.**

Objetivos: Los granulomas son complicaciones frecuentes en la evolución natural de las quemaduras. La solución de cloruro férrico o Solución de Monsel se ha usado como hemostático en Cirugía Obstétrica, Dermatología y Odontología; pero no hay descripción en la literatura de su uso en el tratamiento para quemaduras. El objetivo del estudio es presentar la Solución de Monsel como alternativa para el tratamiento de dichos granulomas.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con granulomas proliferativos secundarios a quemaduras que no responden al tratamiento habitual de nuestra institución.

Resultados: Se incluyeron 3 pacientes, edad mediana de 2 años (1 - 7 años), mecanismo de lesión: 2 por escaldadura y 1 por contacto directo. Superficie corporal total quemada <1%, todas localizadas en extremidad superior. Todos recibieron el mismo tratamiento con cura oclusiva. Tras 2 semanas, uno requirió exéresis de tejido necrótico. Todos presentaron granuloma proliferativo en el lecho de la lesión entre 3 y 8 semanas después del accidente. Se comprobó ausencia de infección y se trataron con corticoesteroides; pero dada la ausencia de mejoría clínica de las lesiones se inició tratamiento con Solución de Monsel tópico. Éste duró entre 5 y 11 días sin necesidad de ningún otro tratamiento, consiguiéndose la cicatrización completa. Se controlaron las heridas hasta su correcta epitelización.

Conclusiones: La solución de Monsel es una alternativa segura y costo-efectiva para el tratamiento de los granulomas proliferativos secundarios a quemaduras en edad pediátrica.

- **ANOMALÍAS VASCULARES INCLASIFICABLES EN LA INFANCIA. REVISIÓN DE 10 CASOS**

Álvarez Barrial, María; Nava Hurtado de Saracho, Francisco de Borja; Serradilla, Javier; Bueno Jiménez, Alba; Triana, Paloma; Delgado, Carlos; Muñoz, Antonio Jesús; Miguel, Miriam; Díaz González, Mercedes; Amesty, Virginia; López Gutiérrez, Juan Carlos
Hospital Universitario La Paz, Madrid. **Póster presentado.**



Objetivos: La Sociedad Internacional de Anomalías Vasculares (ISSVA) ha reeditado en 2018 la Clasificación de Anomalías Vasculares, con la inclusión de nuevas entidades, mejor caracterización histopatológica e inmunohistoquímica y un mayor número de mutaciones genéticas encontradas. A pesar de ello, muchos casos no consiguen encontrar un diagnóstico definitivo incluso después de ser sometidos a revisión por equipos multidisciplinares internacionales.

Métodos: Realizamos una revisión retrospectiva de las historias clínicas de 10 pacientes cuyo estudio exhaustivo clínico, radiológico, inmunohistoquímico y genético no ha conseguido un diagnóstico definitivo.

Resultados: Dos pacientes pertenecían al entorno de las malformaciones arteriovenosas, cuatro al entorno de las malformaciones venosas y cuatro al grupo de tumores vasculares. Los tratamientos empíricos incluyeron cirugía en 7, fulguración con láser en 1, Rapamicina en 1 y manejo conservador en 1.

Conclusiones: Queremos acercar a la comunidad de cirujanos pediátricos involucrados en el tratamiento de las anomalías vasculares congénitas la evidencia de que hasta un 5% de los enfermos estudiados pueden no encontrar un diagnóstico definitivo.

A pesar del progresivo conocimiento de las Anomalías Vasculares, el cirujano pediátrico debe aceptar con humildad la imposibilidad de diagnóstico definitivo en algunos casos, olvidando protocolos y tratando a los pacientes de forma individualizada.

- **HEMORRAGIA POR ROTURA DE HEMANGIOPERICITOMA CONGÉNITO DURANTE EL PARTO**

Fernández Bautista, Beatriz; García Lorca, Concepción; Berenguer, Beatriz; De Tomás, Elena Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. **Póster presentado.**

Objetivos: El hemangiopericitoma es un tumor de tejido blando derivado de los pericitos de Zimmerman, células contráctiles dispuestas en espiral que rodean los vasos sanguíneos. En los niños se presentan en dos formas clínicas: hemangiopericitoma congénito, que afecta a niños menores de un año de edad, con mejor pronóstico, y hemangiopericitoma adulto con peor pronóstico.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente recién nacido a término, con ecografías prenatales normales, que presentó episodio de hemorragia grave tras rotura de tumoración en cuero cabelludo durante el parto. Tras el uso de fórceps, se produjo la rotura parcial de la tumoración, que produjo un sangrado masivo con necesidad de intubación, soporte inotrópico y vendaje compresivo craneal. Tras su estabilización, se identificó una masa fragmentada de 9 x 6 cm, realizando exéresis completa de la misma.

Resultados: La evolución postoperatoria fue favorable. Histológicamente se observó una neoplasia mesenquimal con predominio fusocelular con capilares rectos y vasos con aspecto hemangiopericitóide en cuerno de ciervo, respetando los bordes quirúrgicos de resección. Al 10º día postoperatorio presentó una dehiscencia de la herida quirúrgica que requirió desbridamiento y cierre en quirófano. Fue dado de alta a los 20 días de la cirugía y no ha presentado recidivas hasta la fecha.



Conclusiones: El hemangiopericitoma ocurre raramente en niños. Aunque la mayoría son asintomáticos, pueden causar compresión de estructuras vecinas, pudiendo crecer o sangrar tan rápidamente que amenacen la vida.

El tratamiento es la extirpación quirúrgica. La presencia de invasión regional, resección incompleta y tamaño tumoral grande son indicadores de mal pronóstico.

- **HEMANGIOMAS TIPO NICH: CIRUGÍA RADICAL TRAS EMBOLIZACIÓN PREOPERATORIA**

Ibarra Rodríguez, María Rosa; Castillo Fernández, Aurora Lucía; Jiménez Crespo, María Victoria; Vázquez Rueda, Fernando; Cárdenas Elías, Miguel Ángel; Ramnarine Sánchez, Sharmila; Paredes Esteban, Rosa María

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. **Póster presentado.**

Objetivos: Los hemangiomas congénitos no involutivos (NICH) son un tipo particular de hemangiomas congénitos, completamente formados in útero y caracterizados por no sufrir involución en la fase postnatal. Presentamos nuestra casuística y experiencia.

Métodos: Revisión retrospectiva de los pacientes con diagnóstico de NICH tratados en nuestro servicio.

Resultados: Obtenemos de esta revisión tres pacientes de 1mes, 19meses y 4años de vida. El diagnóstico inicial fue de hemangioma infantil (en el 1er caso), malformación vascular de bajo flujo (en el 2º caso) y malformación vascular de alto flujo (3er caso). Recibieron tratamientos previos con propranolol y corticoides en el primer caso, presoterapia en el segundo y propranolol y embolización en el tercer caso, sin mejoría.

Tras estos tratamientos se consulta con nuestro servicio y se completa el estudio apoyándonos en pruebas de imagen tales como ecografía y RMN, tras las cuales sólo se sospecha NICH en uno de los tres casos.

Se realiza exéresis quirúrgica radical en los tres casos y se confirma mediante anatomía patológica el diagnóstico de NICH.

Conclusiones: Ante la presencia de una lesión vascular completamente formada al nacimiento debe considerarse el diagnóstico de hemangioma congénito. Las lesiones tipo NICH deben manejarse mediante exéresis radical. La embolización preoperatoria es útil para disminuir el riesgo de sangrado intraoperatorio en lesiones con múltiples afluentes vasculares.

- **DUPLICACIÓN ILEOCECAL EN LACTANTES: MALFORMACIÓN CONGÉNITA RARA CON DIVERSAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS. TRES CASOS CLÍNICOS**

Maruszewski, Przemyslaw; Martín-Crespo Izquierdo, Rosa María; Ramirez Velandia, Hilda; Carrera Guermeur, Noela; Luque Mialdea, Rafael

Servicio de Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. **Póster presentado.**

Objetivos: Análisis de las manifestaciones clínicas y resultados del tratamiento quirúrgico de duplicaciones intestinales ileocecales (DIIC) en neonatos y lactantes.



Métodos: Describimos 3 casos de DIIC, el 0,64% de las 465 laparotomías realizadas en niños menores de 12 meses en nuestro centro en la última década. Todos los pacientes fueron niñas, con edades de 0 a 8 meses (media de 4 meses). El diagnóstico de masa quística intraabdominal fue prenatal (n=2) y postnatal (n=1). De dos pacientes que presentaron obstrucción intestinal, una fue diagnosticada de invaginación intestinal. La ecografía abdominal (n=3) y TC (n=1) mostraron lesiones quísticas de 35, 39 y 50mm a nivel ileocecal.

Resultados: En los tres casos se indicó cirugía que confirmó el diagnóstico prequirúrgico de duplicación ileocecal. La intervención quirúrgica consistió en resección intestinal en bloque del segmento intestinal ileocecal con el quiste, y anastomosis íleo-cólica termino-terminal. Los quistes fueron extraluminales (n=2; pared mesentérica compartida con el segmento ileocecal) e intraluminal (n=1; importante reacción inflamatoria local asociada). El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de DIIC. En todos los casos se administró profilaxis antibiótica y nutrición parenteral total durante los primeros 5 días postoperatorios. Durante el seguimiento (1, 20 y 62 meses) las pacientes permanecen asintomáticas y presentan un adecuado crecimiento ponderal para su edad.

Conclusiones: DIIC es una patología congénita rara que suele presentarse con sintomatología digestiva y requiere tratamiento quirúrgico. En caso de imposibilidad de enucleación del quiste, la resección del segmento intestinal afectado ofrece buenos resultados funcionales a medio y largo plazo.

• TÉCNICA DE COLLIS-NISSEN PARA LA ATRESIA DE ESÓFAGO LONG-GAP

Montero García, Jacobo; Hernández Díaz, Carlos; Galvañ Félix, Yaiza; Ortega Escudero, Marta; Ruiz Hierro, Cristina; Muguerza Vellibre, Rosa; Gutiérrez Dueñas, José Manuel
Hospital Universitario de Burgos. **Póster presentado.**

Objetivos: Presentamos el caso de una AE long-gap corregida mediante la técnica de Collis-Nissen.

Métodos: A pesar de que el esófago nativo es el conducto de elección para la reconstrucción, en ocasiones son necesarias técnicas de sustitución esofágica.

Resultados: Varón pretérmino de 34 semanas de gestación con sospecha antenatal de atresia esofágica tipo I. En la exploración física al nacimiento fenotipo sindrómico (posteriormente se confirma Síndrome de Disostosis Mandibulofacial con Microcefalia) y radiografía de tórax con presencia de aire distal.

A la semana de vida se realizó fibrobroncoscopia flexible, con presencia de fístula traqueo-esofágica a nivel de la carina y medición de la distancia entre cabos esofágicos de 5cm, confirmando el diagnóstico de AE long-gap con fístula. Optamos por una anastomosis tardía, por lo que se realizó cierre de la fístula más gastrostomía. Tras un periodo de 3 meses y ante la persistencia de una distancia entre cabos de 4 cuerpos vertebrales, se decidió sustitución esofágica mediante la técnica de Collis-Nissen: se creó un tubo con la curvatura menor del estómago, utilizando el fundus gástrico restante para realizar una funduplicatura.

En el tránsito realizado a la semana de la cirugía, paso adecuado de contraste a través de la anastomosis y no se apreciaban fugas. Se mantuvo con alimentación enteral de forma exclusiva y al mes y medio postoperatorio se inició alimentación por boca.

Conclusiones: La técnica de Collis-Nissen es un procedimiento seguro que permite realizar una anastomosis libre de tensión con una vascularización excelente, previene el reflujo gastroesofágico y presenta buenos resultados funcionales.

- **DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA**

Stout-Dore, Charlotte Summer¹; Hernández del Arco, Sara²; Martínez Villamandos, Alfonso²; Parrado, Rafael²; García Ceballos, Ana²; Primelles, Arbelio²

¹Hospital Materno Infantil Málaga. ²Hospital Materno Infantil Málaga. **Póster presentado.**

Objetivos: El Dermatofibrosarcoma Protuberans constituye el 4% de los sarcomas de tejidos blandos, tiene un alto índice de recidiva local y baja capacidad de metástasis (< 5%). La incidencia es del 0.8- 4.5 casos por millón de personas al año, el 6% de ellos en niños. Su aspecto es de una placa o nódulo de crecimiento lento y progresivo. Imatinib, un inhibidor de tirosín- quinasas, se ha demostrado eficaz como tratamiento del DFSP, actuando a nivel genético sobre el crecimiento tumoral (fusión COL1A1-PDGFB que caracteriza esta enfermedad). Presentamos dos casos pediátricos que combinan el tratamiento quirúrgico y biológico.

Métodos: 1º: Varón de 9 años con una tumoración en tronco de 9 meses de evolución. 2º: Mujer de 3 años con una placa en el muslo y crecimiento de nódulos en los últimos meses. RMN: lesión nodular de 2 cm de diámetro y afectación difusa de 10x5cm.

Resultados: 1º: Se realizó exéresis completa de la lesión que precisó reintervención para ampliación de márgenes. No precisó tratamiento con Imatinib. 2º: Recibió Imatinib neoadyuvante y posteriormente cirugía (resección completa, cobertura con dermis artificial e injerto libre de piel).

Conclusiones: El DFPS se debe sospechar ante una lesión de crecimiento lento y su diagnóstico es anatomopatológico. La exéresis completa es el tratamiento de elección, que puede precisar de técnicas complejas procedentes de la cirugía plástica.

Los casos deben presentarse en comité oncológico debido al riesgo de recidiva. Imatinib ha abierto una nueva brecha en el tratamiento de esta entidad poco frecuente pero agresiva.

- **REVISIÓN EN EL MANEJO DE LOS TUMORES HEPÁTICOS SANGRANTES**

Stout-Dore, Charlotte; Tejerina López, Rodrigo; Almendro García, Laura; Parrado, Rafael; García Ceballos, Ana; Primelles, Arbelio

Hospital Materno Infantil de Málaga. **Póster presentado.**

Objetivos: Presentación de dos casos de sangrado de masas hepáticas y la implicación de la embolización en la resolución de los mismos.

Métodos: Caso 1. Mujer de 11 años que a las 24 horas de ingreso para estudio de masa hepática derecha presenta cuadro de anemia progresiva diagnosticándose sangrado intratumoral. Se procede a embolización ramas de la arteria hepática derecha y posterior hepatectomía derecha a los 7 días.

Caso 2. Mujer de 14 meses en estudio por masa hepática derecha presenta episodio de shock hipovolémico diagnosticándose de rotura tumoral. Se procede a la estabilización en UCIP y posterior embolización selectiva de ramas dislates de la arteria hepática derecha. No se produce mejoría clínica ni analítica por lo que se realiza hepatectomía derecha urgente.



Resultados: Caso 1: sarcoma indiferenciado con márgenes quirúrgicos libres. Desarrolló bilitoma que fue drenado percutáneamente. Actualmente libre de enfermedad.

Caso 2: Hepatoblastoma con implantes peritoneales y márgenes quirúrgicos afectados. Actualmente libre de enfermedad.

Conclusiones: El sangrado hepático agudo es una complicación rara (1%). En el paciente pediátrico se asocia a presencia de hemangiomas. Es más frecuente en sarcomas (5 y 10 años de edad) que entre los hepatoblastomas (< 5 años). El mecanismo etiopatogénico no está claro.

El papel de la embolización arterial selectiva en el paciente pediátrico es controvertido, aunque se está revelando como una alternativa a la cirugía de emergencia, reservándose esta para los casos de fracaso o inestabilidad hemodinámica incontrolable.

- **FASCITIS NECROTIZANTE EN NIÑOS. LA NECESIDAD DE UN ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR PRECOZ**

Giménez-Aleixandre, María Cristina¹; Girón-Vallejo, Óscar¹; Ruiz-Pruneda, Ramón¹; Villamil, Vanesa¹; Sánchez-Sánchez, Ángela¹; Montoya-Rangel, Carlos Andrés¹; Cánovas-Sanchis, Sergio²; García-Paños, Juan Pedro³; Hernández-Bermejo, Juan Pedro¹

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

²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. Servicio de Cirugía Plástica.

³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica. **Póster presentado.**

Objetivos: Presentación de los casos de Fascitis Necrotizante (FN) atendidos en nuestro centro con el objetivo de poner de manifiesto su severidad y la necesidad de un rápido diagnóstico y tratamiento.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de los casos de FN diagnosticados en nuestro centro en los últimos diez años.

Resultados: Cuatro pacientes fueron diagnosticados de FN, mortalidad del 50%. Todos pacientes oncológicos neutropénicos al diagnóstico, 1 Linfoma de Burkitt (LB) y 3 Leucemias agudas linfoblásticas (LAL). Primer paciente: LAL con fisura anal que evolucionó a gangrena de Fournier. Preciso colostomía y desbridamiento con posterior colgajo de avance V-Y. Cultivo: Enterococcus faecium y Pseudomonas aeruginosa sensibles a meropenem. Segundo paciente: LAL con tiflitis y hematoma periumbilical que se extendió hasta axilas y raíz de miembros pese a incisiones de descarga y antibióticos de amplio espectro. Cultivo: Aeromonas sobria sensible a piperazilina-tazobactam. Exitus por shock séptico. Tercer paciente: LAL con úlcera maleolar por émbolos sépticos que evolucionaron a FN. Preciso escarectomías y fasciotomías, con evolución satisfactoria. Cultivo: Proteus mirabilis sensible a piperazilina-tazobactam. Paciente 4: LB con tumefacción perianal que desarrolló FN, enterocolitis neutropénica y shock séptico fulminante. Cultivo: Pseudomonas aeruginosa sensible a piperazilina-tazobactam.

Conclusiones: La FN es una patología con elevada morbi-mortalidad, precisa de alto índice de sospecha para realizar un diagnóstico precoz. La variabilidad de los síntomas iniciales y la falta de protocolos estandarizados supone un retraso en su tratamiento. Es necesario un abordaje multidisciplinar entre cirujanos pediátricos, intensivistas y oncólogos para lograr un correcto tratamiento médico-quirúrgico, basado en desbridamientos y antibióticos de amplio espectro.



- **LIPOBLASTOMAS: UN TUMOR POCO FRECUENTE**

Ibarra Rodríguez, María Rosa; Vázquez Rueda, Fernando; Vargas Cruz, Verónica; Jiménez Crespo, María Victoria; Garrido Pérez, José Ignacio; Cárdenas Elías, Miguel Ángel; Ortega Salas, Rosa; Paredes Esteban, Rosa María

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. **Póster presentado.**

Objetivos: Los lipoblastomas son tumores infrecuentes que derivan del tejido adiposo embrionario. Casi exclusivos de la infancia y adolescencia, presentan buen pronóstico a pesar de su rápido crecimiento. Presentamos nuestra experiencia.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados de lipoblastoma y tratados en nuestro servicio en los últimos 20 años

Resultados: Caso 1: Varón de 15 meses que consulta por cuadro febril. En la exploración abdominal se palpa masa no dolorosa en hemiabdomen izquierdo que cruza la línea media. En ecografía y TAC se identifica una gran masa intraperitoneal con abundante tejido graso que desplaza las asas intestinales sin invadirlas.

Caso 2: Niña de 24 meses con masa en labio mayor derecho con extensión inguinal. En ecografía y RMN, se aprecia masa septada en tejido graso subcutáneo, sin infiltrar estructuras más profundas.

Caso 3: Niño de 20 meses que consulta por tumoración axilar izquierda con sospechosa de adenopatía de evolución desfavorable con tratamiento médico. Se realiza ecografía con sospecha de lipoblastoma.

En todos los pacientes se realiza exéresis quirúrgica radical y se confirma el diagnóstico mediante anatomía patológica y técnicas de inmunohistoquímica

Conclusiones: A pesar de ser muy infrecuente, es necesario pensar en el lipoblastoma como posible diagnóstico ante un paciente con una tumoración en partes blandas ya que aunque benigno puede ser localmente agresivo. La resección ha de ser completa para evitar recidivas aunque no se recomienda la cirugía mutilante. El pronóstico es bueno a pesar del tamaño, el crecimiento rápido y la invasión local del tumor.

- **NEUMONECTOMÍA EN NIÑOS: LA IMPORTANCIA DE ESTABILIZAR EL MEDIASTINO**

Jiménez Arribas, Paula; García Martínez, Laura; Laín Fernández, Ana; Giné Prades, Carlos; Moreno Galdo, Antonio; López Paredes, Manuel

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. **Póster presentado.**

Objetivos: El síndrome postneumonectomía (SPN) es una complicación grave, más frecuente en niños. Analizamos nuestra experiencia con el uso de prótesis intratorácicas expansibles (PIE) postneumonectomía en pacientes pediátricos.

Métodos: Análisis retrospectivo de neumonectomías realizadas en 2002–2017. En casos seleccionados se colocó PIE de tamaño similar al de la cavidad torácica medida en estudios de imagen prequirúrgicos. El volumen inicial se decidió intraoperatoriamente en función de la situación hemodinámica del paciente al expandir la PIE. La principal contraindicación para su colocación fueron las neumonectomías de causa infecciosa.



Resultados: Seis pacientes (4 mujeres/2 varones) fueron neumonectomizados(4 derechas/2 izquierdas) con una mediana de edad de 4 años (15 meses-15 años). Las indicaciones fueron: hemoptisis secundaria a atresia de venas pulmonares (2), bronquiectasias (1), neumonía necrotizante (1), broncopatía estenosante (1) y secuestro pulmonar (1). Se colocó PIE en 3 pacientes: en 2 de forma profiláctica y en 1 para tratar un SPN, 8 meses postneumonectomía derecha en la que no se colocó PIE. Posteriormente ningún paciente desarrolló SPN. Un caso requirió recambio por rotura. No se identificaron infecciones relacionadas con la PIE. Con una mediana de seguimiento de 2 años (0,5–12 años), todos sobreviven. Una paciente portadora de PIE desarrolló escoliosis progresiva y pectus carinatum precisando tratamiento ortopédico.

Conclusiones: La colocación de PIE postneumonectomía puede evitar el SPN. Debe considerarse en todos los pacientes, aunque en casos de etiología infecciosa debe individualizarse su uso. Es necesario seguimiento a largo plazo para valorar el desarrollo de deformidades musculoesqueléticas y determinar el papel de las PIE en su prevención.

- **PRIMER CUESTIONARIO EN CASTELLANO PARA SCREENING DE DISFUNCIÓN DEL TRACTO URINARIO INFERIOR EN EDAD PEDIÁTRICA**

Casal Beloy, Isabel; Somoza Argibay, Iván; Míguez Fortes, Lorena; García González, Miriam; Dargallo Carbonell, Teresa

Hospital Materno Infantil, A Coruña. **Póster presentado.**

Objetivos: Realizar la validación del cuestionario PLUTSS (Escala de Síntomas del Tracto Urinario Inferior), traducirlo al castellano, adaptarlo culturalmente a la población pediátrica española y ponerlo en práctica

Métodos: En primer lugar, creamos la versión española del cuestionario PLUTSS original siguiendo los principios de la ISPOR (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research). Entre Febrero de 2015 y Febrero de 2016 entregamos el cuestionario a 80 pacientes: 40 con clínica compatible con disfunción del tracto urinario inferior y 40 sin patología urológica. Finalmente realizamos un estudio descriptivo para validar el cuestionario: Evaluamos la consistencia interna con el Coeficiente de Cronbach; Comprobamos la validez de la escala estudiando la fiabilidad del test-retest, (Coeficiente de correlación intraclase).

Definimos el punto de corte del cuestionario y su capacidad para diferenciar entre sanos y enfermos.

Resultados: La consistencia interna de nuestra escala fue elevada: Coeficiente de Cronbach: 0.827 y el test-retest mostró un Coeficiente de correlación intraclase de 0-997 (95% IC: 0.994-0.999) ($p < 0.001$) Obtuvimos diferencias significativas entre las medias de puntuación obtenidas con el nuevo cuestionario en ambos grupos: 20.53 y 3.27 en los casos y en los controles respectivamente.

Conclusiones: Los resultados de nuestro trabajo prueban que la escala PLUTSS validada al castellano tiene un alto nivel de consistencia y aplicabilidad, y que es culturalmente equivalente a la versión original. Esta escala tiene capacidad para discriminar pacientes con MUTI. Podría ser una herramienta útil para evaluar objetivamente la respuesta al tratamiento de estas patologías.



- **EXPERIENCIA INICIAL CON LÁMINA DE REGENERACIÓN DÉRMICA MONOCAPA EN EL MANEJO DE LA FÍSTULA URETROCUTÁNEA RECURRENTE**

Casal Belay, Isabel; Míguez Fortes, Lorena; García González, Miriam; Somoza Argibay, Iván; Dargallo Carbonell, Teresa
Hospital Materno Infantil A Coruña. **Póster presentado.**

Objetivos: Evaluar la aplicabilidad y los resultados iniciales del tratamiento de la fístula uretrocutánea recurrente en la población pediátrica mediante la utilización de una lámina de regeneración dérmica como cobertura uretral.

Métodos: Estudio prospectivo desde Mayo del 2016 hasta Diciembre del 2017. Los criterios de inclusión fueron: una o varias cirugías de reparación de fístula sin éxito, más de 6 meses de evolución desde la última cirugía, ausencia de tejido prepucial.

Se realizó la disección del trayecto fistuloso, la sección del mismo y el cierre del defecto uretral. Una lámina de regeneración dérmica se situó sobre la sutura uretral. Finalmente se realizó un colgajo cutáneo de rotación evitando la superposición de las suturas. Fue realizado un seguimiento mensual de los pacientes en consulta mediante exploración física y evaluación del chorro miccional.

Resultados: 10 pacientes fueron incluidos en el estudio (11 fístulas). Localización: 3 fístulas proximales, 3 medias y 5 distales. Edad media en el momento de la cirugía: 7 años (R: 3-13). Tamaño medio de las fístulas: 3mm (R: 2-4mm). Media de cirugías previas: 3 (R: 2-5). Tiempo quirúrgico medio: 72 min (R: 45-160). No existieron complicaciones durante la cirugía. Con un seguimiento medio de 9 meses (R: 5-13), únicamente 1 paciente (9%), sufrió una recidiva de la fístula uretrocutánea. El resto de los pacientes (91%) no desarrollaron ninguna complicación durante su evolución.

Conclusiones: En nuestra experiencia inicial, la técnica descrita parece sencilla, segura y eficaz en el manejo de los pacientes con fístulas uretrocutáneas recurrentes.

- **OXIBUTININA INTRAVESICAL URGENTE EN EL RESCATE VESICAL DE UN NEONATO CON VÁLVULAS DE URETRA POSTERIOR**

Pérez Martínez, Alberto¹; Molina Caballero, Ada¹; Sierra Colomina, Gemma²; Jordá Sirera, Neus²; Hernández Martín, Sara¹; Bardají Pascual, Carlos¹

¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Navarra. ²UCI Neonatal. Complejo Hospitalario de Navarra. **Póster presentado.**

Objetivos: En lactantes con vejiga neurógena la oxibutinina oral mejora el comportamiento vesical. La utilización de este fármaco por instilación intravesical urgente y a altas dosis no ha sido descrita previamente en neonatos.

Métodos: Presentamos el caso de un recién nacido diagnosticado de válvulas de uretra posterior con ureterohidronefrosis bilateral y pared vesical muy engrosada. La sonda vesical colocada al nacer dejó de producir orina a las 12h de vida. En los siguientes tres días se desarrolló una ureterohidronefrosis bilateral grado V e insuficiencia renal con oligoanuria y alteraciones electrolíticas graves (hiponatremia, hiperpotasemia y creatinina de 3 en aumento). Ecográficamente la vejiga estaba vacía con la pared hipertrofiada abrazando estrechamente el globo de la sonda.



Obligados a realizar una ureterostomía bilateral urgente intentamos previamente, un tratamiento empírico con oxibutinina intravesical (suspensión de 5 mg/20 ml de suero fisiológico, instilando 4 ml/4h).

Resultados: A las 12h de iniciado ya orinaba 10 ml/k/h normalizando el ionograma a los tres días. A los 15 días de vida se realizó resección transuretral de las válvulas y pasamos la oxibutinina a vía oral (0.3 mg/k/día en dos tomas) que actualmente mantiene con 8,5 meses de vida.

Conclusiones: La obstrucción ureteral parecía causada por la hipertrofia del detrusor. Era razonable emplear un anticolinérgico para relajar la pared vesical. Solo la terapia intravesical permitía administrar dosis elevadas sin efectos secundarios indeseables.

La oxibutinina intravesical es un recurso terapéutico poco utilizado y en el caso de neonatos inédito pero es un recurso para tener en cuenta.

- **EMPLEO DEL CATÉTER BLUE-STENT COMO ALTERNATIVA A DOBLE J EN LA PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA**

Tejerina López, Rodrigo; Ibáñez Cerrato, Fernando; Martínez Villamandos, Alfonso; Almendro García, Laura; Miele Cerchar, Moises; Recober Montilla, Antonio
HRU Málaga. **Póster presentado.**

Objetivos: Evaluar el empleo del catéter con prolongación externa Blue-Stent como alternativa al doble J en una serie de pacientes intervenidos de pieloplastia laparoscópica.

Métodos: Análisis de una serie de 43 pieloplastias realizadas mediante abordaje laparoscópico entre Diciembre de 2010 y Mayo de 2017 en los que se empleó Blue-Stent en lugar de doble J en 40 casos.

Resultados: El tiempo medio de colocación del Blue-Stent fue de 5'8 minutos (rango: 2-22; moda: 5) objetivando una reducción progresiva de dichos tiempos a la par que se incrementó el número de intervenciones.

El tiempo medio hasta la retirada fue de 15'18 días (rango: 6-25; moda 15). Como complicaciones, se presentó una migración distal del catéter resuelta con extracción percutánea, una extracción del mismo accidental y dos obstrucciones del catéter por coágulo (en uno de los pacientes, la obstrucción se asoció a urinoma y a la migración distal mencionada).

Conclusiones: El empleo del catéter Blue-Stent se presenta como alternativa al doble J segura, práctica y factible en la práctica quirúrgica.

La posibilidad de retirada en consulta evita la cistoscopia y por tanto, una nueva intervención con anestesia general sobre el paciente.

- **MEJORAS TÉCNICAS: NUEVO SEPARADOR-FIJADOR DE PENE PARA LA CIRUGÍA DEL HIPOSPADIAS**

De Diego Suárez, Marta; Isnard Blanchar, Rosa María; Manzanares Quintela, Alejandro; Castellví Gil, Antonio; Abad Calvo, María Pilar; Oviedo Gutierrez, María
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona. **Póster presentado.**

Objetivos: El hipospadias es una patología prevalente dentro de la cirugía pediátrica. Abarca todo un espectro de presentaciones, desde las formas distales, glandares, con o sin afectación de la piel prepucial, hasta las formas proximales que son más severas.

La cirugía reparadora suele realizarse en edades precoces, con frecuencia a partir del año de vida. Es una cirugía delicada, minuciosa, que requiere una correcta exposición del pene, y la inmovilidad del mismo.

Métodos: Se presenta un nuevo dispositivo separador-fijador peneano, que facilita la exposición del campo quirúrgico, manteniendo la tensión exacta que decide el cirujano durante el tiempo que éste decide, sin interferencias en la zona de trabajo, y anulando la necesidad de que un ayudante se emplee en dicho cometido.

Resultados: El uso de este dispositivo facilita la cirugía del hipospadias gracias a una correcta exposición, con una tensión y estabilidad adecuadas y ajustables en todo momento.

Conclusiones: El uso de nuevas tecnologías con un cometido concreto facilita el trabajo del cirujano, en beneficio del paciente.

• DUPLICACIÓN VESICAL EN EL PLANO CORONAL DE PRESENTACIÓN NEONATAL

Rojas-Ticona, Javier¹; Fernández Córdoba, María Soledad¹; Nam Cha, Syong Hyun²; Marijuán Sahuquillo, Verónica¹; Ramírez Piqueras, María¹; Moratalla Jareño, Tania¹; Argumosa Salazar, Yrene Margarita¹.

¹Servicio de Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ²Servicio de Anatomía Patológica-Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. **Póster presentado.**

Objetivos: Presentar un raro caso clínico de duplicación vesical en el plano coronal en un niño, con manifestación clínica desde el periodo neonatal e importante compromiso del vaciado vesical.

Métodos: Paciente masculino, nacido a término, con antecedente prenatal de dilatación pieloureteral derecha y probable ureterocele. Presentaba desde el nacimiento disminución progresiva de la frecuencia miccional hasta producirse retención urinaria a los dos meses de edad. En el examen físico se palpaba una tumoración abdominal de consistencia media en hipogastrio. La ecografía abdominal describía una estructura pélvica de contenido líquido y la cistouretrografía mostraba una vejiga desplazada hacia la izquierda por una imagen redondeada que impronta sobre su cara derecha, sin reflujo ureteral y uretra normal. La resonancia magnética identificaba una gran masa quística de 63x36x55mm prerrectal que produce desplazamiento vesical e hidronefrosis bilateral severa.

Resultados: Se realizó laparotomía por incisión suprapúbica transversa encontrando duplicación vesical en el plano coronal y dilatación importante de ambos uréteres. No se evidenció comunicación con uretra normal mediante cistoscopia. Se realizó exéresis de vejiga duplicada hasta segmento distal adherido a zona retroprostática. La anatomía patológica confirma una estructura de tejido muscular revestida de epitelio embrionario tipo cloacal. La evolución clínica ha sido favorable con disminución de la dilatación pielocalicial bilateral.

Conclusiones: La duplicación vesical es una rara anomalía congénita con manifestación clínica variable. Se han publicado sólo 10 casos de duplicación vesical en el plano coronal, ninguno de los cuales presentaba compromiso importante del vaciado vesical desde el periodo neonatal, a diferencia del caso clínico que describimos.



- **¿ES LA URETEROSTOMÍA INGUINAL PRECOZ UNA TÉCNICA ÚTIL EN PACIENTES SELECCIONADAS CON UROPATÍA OBSTRUCTIVA?**

Aguilera Pujabet, Montserrat; Gander, Romy; Leganés Villanueva, Carlos; Royo Gomes, Gloria; López Paredes, Manuel; Asensio Llorente, Marino
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. **Póster presentado.**

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar las ventajas de la ureterostomía inguinal precoz (UIP) en pacientes con uropatía obstructiva.

Métodos: Estudio prospectivo (junio 2016 - diciembre 2017) de pacientes con uropatía obstructiva tratados temporalmente con UIP. Mediante una mini-incisión inguinal transversa (2cm) se accedió al espacio retroperitoneal localizando el uréter. Se exteriorizó fijándose al plano muscular y se maduró a piel con puntos simples reabsorbibles quedando ostomizado en toda la superficie de la incisión. Analizamos indicaciones, complicaciones y resultados.

Resultados: Se intervinieron 4 pacientes (3 niñas/1 niño) con una media de edad de 3,5 meses (DS:1,9). La patología de base fue: duplicidad renal con ureteroceles (2), duplicidad renal con uréter ectópico (1) y megauréter obstructivo (1). Todos presentaban ureterohidronefrosis (UHN) grado IV al diagnóstico con dilatación ureteral distal >1cm. Los pacientes con duplicidad renal presentaban funciones diferenciales del hemirión afectado <20% y lesiones corticales en la gammagrafía. La indicación quirúrgica fue la persistencia de la UHN grado IV y la infección del tracto urinario (ITU) en 1 paciente. Ningún paciente presentó complicaciones intra o postoperatorias. Ningún paciente presentó ITUs en el postoperatorio y la UHN disminuyó en todos ellos. La derivación fue socialmente aceptable por los padres. La media de seguimiento fue de 13,5 meses (DS: 3,7).

Conclusiones: La UIP es una técnica temporal sencilla, mínimamente invasiva y fácilmente reproducible. Permite una inmediata resolución de la UHN y previene el deterioro de la función renal secundaria a la obstrucción y las infecciones de repetición hasta la cirugía definitiva.

10:45 a 12:00 h

MESA REDONDA 4.

DÓNDE ESTAMOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS CON FISURA LABIOPALATINA

- **Ortopedia prequirúrgica del paciente fisurado**
Dr. Antonio España López. Granada
- **Tratamiento quirúrgico del paciente con fisura labiopalatina**
Dra. Dolores Delgado Muñoz . Madrid
Dr. José M. Gutiérrez Dueñas. Burgos
- **Cirugía secundaria del paciente fisurado labiopalatino**
Dra. Adoración Martínez Plaza. Granada

12:00 a 12:20 h

PAUSA CAFÉ (Hall Exposición Comercial)

12:20 a 14:00 h

**ENTREGA DE PREMIOS. CLAUSURA
SESIÓN ADMINISTRATIVA**



PÓSTERES ELECTRÓNICOS

633. FORMACIÓN EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA: ENCUESTA NACIONAL

Siles Hinojosa, Alexander¹; Bragagnini Rodríguez, Paolo¹; González Ruíz, Yurema¹; Álvarez García, Natalia²; Domínguez García, Cristina¹; Cano Novillo, Indalecio³; Corona Bellostas, Carolina¹

¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet. ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Parc Taulí. ³Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. **Póster electrónico.**

Objetivos: Evaluar la formación en cirugía pediátrica en nuestro país.

Métodos: Se realiza encuesta anónima a residentes actuales y adjuntos que realizaron el programa formativo en los últimos 5 años, comparándolo con encuesta publicada en 2012.

Resultados: Respondieron 64(50.4%) adjuntos y 63(49,6%) residentes. Entre los residentes salientes (R5),

100% se sienten autónomos para sólo un procedimiento de los encuestados (apendicectomía) y menos del 30% para procedimientos como funduplicatura, nefrectomía, esplenectomía o piloromiotomía laparoscópica y atresia esofágica. En comparación con 2012, esta sensación ha incrementado en apendicectomía(77,8%vs100%),teste intraabdominal (77,8vs78,6%), patología anaxial (60vs92,9%) y colecistectomía laparoscópica (40%vs42,9%).

Según criterios revisados, solo 1,3% de los encuestados cumple con la normativa norteamericana sobre número de procedimientos mínimos y 12,8% la europea.

En 2012, 56,2% de centros contaban con pelvitrainer. Actualmente, 85,7% cuentan con éste, y 46,4% además con cirugía experimental o simulador virtual. Pese a ésto, 71,4% de residentes opinan que el entrenamiento en cirugía laparoscópica no está correctamente integrado durante programa formativo. A pesar de que 75% y 78,6% de centros encuestados tiene broncoscopia y endoscopia de urgencia a cargo de cirugía pediátrica, el 23,8% y 19% entre los centros con docencia, no forman para broncoscopia ni endoscopia digestiva.

Conclusiones: La formación en cirugía pediátrica en nuestro país presenta deficiencias comparado a estándares internacionales. Los residentes que finalizan su formación sólo se sienten preparados para procedimientos menores y no en procedimientos complejos. El conocimiento del estado actual de la formación debería ser punto de partida para estrategias docentes futuras.

634. EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PEDIÁTRICA EN ESPAÑA (2012-2017)

Siles Hinojosa, Alexander¹; Bragagnini Rodríguez, Paolo¹; González Ruíz, Yurema¹; Álvarez García, Natalia²; Domínguez García, Cristina¹; Cano Novillo, Indalecio³; Corona Bellostas, Carolina¹

¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell. ³Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. **Póster electrónico.**



Objetivos: Evaluar la progresión de nuestro país en la introducción de la cirugía laparoscópica pediátrica durante los últimos 5 años.

Métodos: Se realiza encuesta a 127 profesionales anónimamente. Se realiza comparación con encuesta previa publicada en 2012.

Resultados: Un total de 64 cirujanos pediátricos (50,4%) y 63 residentes de cirugía pediátrica (49,6%) se incluyeron en la encuesta. El 100% de los centros ofrecen cirugía laparoscópica básica, 78,6% cirugía laparoscópica avanzada (hepática, torácica o neonatal) (incremento 5,6%), 28,6% cirugía laparoscópica de puerto único (incremento 5,6%) y a lo largo de este período en 2 centros se ha introducido la cirugía robótica (7,1%).

Respecto a los procedimientos de cirugía laparoscópica pediátrica en los últimos 5 años: colecistectomía laparoscópica 96,4% (incremento 7,5%), funduplicatura laparoscópica 92,9% (incremento 6,2%), manejo laparoscópico anaxial 96,4% (incremento 16,4%), apendicectomía laparoscópica 64,3% (incremento 33,2%), esplenectomía laparoscópica 75% (incremento 28,33%), manejo toracoscópico empiema 82,10% (incremento 17,66%), manejo laparoscópico teste intraabdominal 100% (incremento 15,6%), nefrectomía laparoscópica 57,1% (incremento 21,5%), Nuss toracoscópico 89,3%, piloromiotomía laparoscópica 10,7% (descenso 4,9%) y reparación de hernia inguinal laparoscópica 0% (descenso 2,22%). Además, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre contar con elementos entrenamiento laparoscópico (pelvitainer, etc) y el aumento del uso del abordaje laparoscópico.

Conclusiones: Se ha observado un incremento del uso de la cirugía laparoscópica pediátrica en nuestro país los últimos 5 años, tanto para procedimientos de rutina como para procedimientos de mayor complejidad. Sin embargo, se ha comprobado un descenso del abordaje laparoscópico en 2 procedimientos: piloromiotomía y reparación de hernia inguinal.

635. ATRESIA BRONQUIAL CONGÉNITA: NEUMONECTOMÍA Y EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA

González Ruiz, Yurema; Pisón Chacón, Javier; Fernández Atuán, Rafael; Escartín Villacampa, Ricardo; González Esgueda, Ainara; Siles Hinojosa, Alexander; Domínguez García, Cristina; Gutiérrez Alonso, Cristina

Hospital Universitario Miguel Servet. **Póster electrónico.**

Objetivos: La atresia bronquial congénita es una anomalía pulmonar poco frecuente, siendo el bronquio afectado con mayor frecuencia el apical posterior del lóbulo superior izquierdo (64%). Se debe a la falta de formación parcial de un bronquio lobar, segmentario o subsegmentario, con desarrollo normal de la vía aérea distal.

Métodos: Neonato de 8 días de vida con diagnóstico prenatal de malformación adenomatoida quística e hidrops fetal que presenta al nacimiento distrés respiratorio precisando intubación orotraqueal. Se realiza TAC objetivando masa hilar derecha central sugestiva de atresia bronquial que afecta al bronquio intermediario derecho, con hiperinsuflación secundaria del lóbulo medio (LM) y segmento 6 y atelectasia del resto de segmentos del lóbulo inferior (LI). Durante la evolución presenta empeoramiento respiratorio con dificultad ventilatoria y neumotórax derecho con desplazamiento mediastínico que comprime hemitórax izquierdo. La broncoscopia flexible confirma el diagnóstico de atresia bronquial derecha de LM y LI. Se interviene quirúrgicamente mediante toracotomía derecha

encontrando una hiperinsuflación pulmonar con LM y LI hepatizados. Se identifica el lóbulo superior derecho hipoplásico con leve neumatización apical, que no permite su correcta individualización por lo que se realiza neumectomía derecha.

Resultados: El paciente evoluciona tórpidamente cursando con dificultad respiratoria por importante desplazamiento mediastínico a hemitórax derecho con gran incurvación traqueal, compatible con síndrome postneumonectomía que requiere colocación de expansor en cavidad pleural.

Conclusiones: La realización de una neumonectomía por atresia bronquial congénita en un neonato es extremadamente rara. Es importante conocer esta patología, su manejo y las posibles complicaciones que pueden derivar de la misma.

637. MELANOSIS INTRAVESICAL: UN HALLAZGO POCO FRECUENTE DE EVOLUCIÓN INCIERTA. PARA RECEPTORES PEQUEÑOS

Redondo Sedano, Jesús Vicente; Tordable Ojeda, Cristina; Cabezalí Barbancho, Daniel; Carrillo Arroyo, Isabel; Aneiros Castro, Belén; Melero Guardia, Leonor; Martín Alelu, Rubén; Gómez Fraile, Andrés

Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: Presentar 2 casos de melanosis intravesical diagnosticados en nuestra unidad, y revisar la literatura publicada para determinar la prevalencia de este hallazgo en el paciente pediátrico y la actitud a seguir tras su diagnóstico.

Métodos: Análisis retrospectivo de 2 pacientes con diagnóstico histológico de melanosis vesical, diagnosticados en los años 2015 y 2016.

Resultados: Caso 1: Varón de 13 años con antecedentes de reflujo vesicoureteral, que en ecografía de seguimiento presenta una lesión excrecente intravesical localizada en cara anterior. Se decide cistoscopia para resección y estudio histológico de la misma, con resultado de adenoma nefrogénico y áreas de melanosis. Caso 2: Varón de 16 años con diagnóstico de divertículo paraureteral derecho que presenta lesiones hiperpigmentadas intravesicales en la cistoscopia de estudio.

Conclusiones: Con una veintena de casos publicados en adultos, la melanosis intravesical constituye una entidad poco frecuente cuya historia natural no ha sido definida, y que ha presentado asociación con carcinomas a diferentes niveles del tracto urológico. Este hecho cobra especial importancia en la edad pediátrica, en la que el tiempo para desarrollar lesiones premalignas es mayor. En la actualidad, se recomiendan revisiones cistoscópicas periódicas de los pacientes afectados.

638. RESPUESTA FISIOLÓGICA A LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES MENORES DE 6 MESES

Blazquez, Eva¹; García-Aparicio, Luis²; Gómez, Lorena¹; Prada, Gloria¹; Tarrado, Xavier²; Lázaro, Juanjo¹

¹Servicio de Anestesiología. Hospital Sant Joan de Déu. Univeristat de Barcelona. ²Sección de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Univeristat de Barcelona. [Póster electrónico.](#)



Objetivos: Valorar la respuesta fisiológica al neumoperitoneo en pacientes menores de 6 meses sometidos a ureteropieloplastia laparoscópica

Métodos: Se ha realizado un estudio prospectivo observacional desde Enero 2012 a Junio 2017. Las variables analizadas fueron: presión arterial media (PAM), frecuencia cardíaca (FC), SatO₂, ETCO₂, complianza pulmonar (CP), presión de la vía aérea (PVA), necesidad de maniobras de reclutamiento y temperatura. Estos datos se obtuvieron antes, durante y después de realizar el neumoperitoneo. Resultados: Hemos analizado 28 pacientes, con una mediana de edad 3 meses. La presión de neumoperitoneo fue de 10 mm Hg.

Se usó una ventilación controlada por volumen en el 85.7% de los pacientes. La CP descendió en el 62.5% de los pacientes. Las PVA aumentaron en todos los pacientes. La ETCO₂ se elevó en todos los pacientes. En el 12.5% de los pacientes hubo momentos de hipercapnia severa (>60 mm Hg). La mediana de SatO₂ fue del 99%. Todos los pacientes requirieron cambios en el modo de ventilación, así como maniobras de reclutamiento pulmonar.

En el 57% de los pacientes la PAM aumentó una mediana de 4.2 mm. Hg. En el 75% de los pacientes la FC disminuyó una mediana de 13 pmp. En todos los pacientes se aplicaron medias activas de calentamiento, incrementándose una mediana de 0.4°C en el 85% de los pacientes.

Conclusiones: En nuestro estudio los cambios hemodinámicos, respiratorios y de temperatura fueron los esperados aunque no fueron clínicamente relevantes. Todos estos parámetros volvieron a niveles fisiológicos mediante cambios en la forma de ventilación y/o después del neumoperitoneo.

647. ¿QUÉ HAY DETRÁS DEL OVARIO AGUDO? NUESTRA EXPERIENCIA

Garcés Visier, Cristina; De Lucio, Marta; Luis Huertas, Ana Lourdes; Guillén, Pilar; Espinoza Vega, Manuel; Souto Romero, Henar; Espinosa, Rocio; Ollero Fresno, Juan Carlos Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: Evaluación del tratamiento aplicado en las pacientes con clínica sospechosa de torsión de ovario en nuestro centro y su posterior evolución, para la propuesta de una actitud terapéutica consensuada en estos cuadros de urgencia quirúrgica.

Métodos: Revisión de las historias clínicas de 27 pacientes con clínica sugerente de torsión de ovario, sin diagnóstico previo de patología ovárica, tratadas en nuestro centro entre enero de 2012 y diciembre de 2017.

Resultados: La mediana de edad al diagnóstico fue de 13 años (r:4-17). En 11/27 se realizó laparotomía (todas previas al 2015, excepto una en 2017) y en 16/27 laparoscopia. 14/27 se sometieron a ooforectomía (10/19 entre 2012-2014 y 4/8 entre 2015-2017) y en 13/27 se preservó el ovario (4/12 entre 2015-2017) tras detorsión y/o extirpación de la tumoración ovárica. Se confirmó torsión ovárica en 14/27 casos y masa ovárica en 17/27. La anatomía patológica diagnosticó 8 quistes hemorrágicos, 7 teratomas quísticos maduros, 2 cistoadenomas serosos y un tumor de células de la granulosa. En ningún caso se registraron episodios recurrentes de torsión ovárica. En el periodo de seguimiento (mediana de 10 meses) se objetivó 1 caso de atrofia ovárica y en 12/13 casos en los que se preservó el ovario, se confirmó la viabilidad del parénquima ovárico.

Conclusiones: Nuestros resultados confirman la alta prevalencia de lesiones benignas causantes de los cuadros de torsión ovárica en la población pediátrica; así como la elevada supervivencia del parénquima ovárico tras la detorsión, lo que justifica tratamientos quirúrgicos con preservación ovárica en estas pacientes.

648. PAPEL DE LOS ESTUDIOS ANALITICOS DE RUTINA EN EL PREOPERATORIO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Garces Visier, Cristina^{1,2}; Bailen Ruiz, Cristina¹; Rodriguez de Alarcón García, Jaime¹; Dominguez, Eva¹; Ávila Ramirez, Luis Felipe¹; Soto Beauregard, Carmen¹

¹Hospital Universitario Clínico de San Carlos, ²Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Póster electrónico

Objetivos: Determinar el valor de los test preoperatorios para cirugías programadas con anestesia general en el paciente pediátrico.

Material y métodos: Se estableció un grupo multidisciplinar para la mejora de los procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo en la cirugía pediátrica programada. Se establecieron los requisitos de los perfiles analíticos en relación a la edad, riesgo quirúrgico y tipo de cirugía. Se han revisado los estudios analíticos preoperatorios en los pacientes pediátricos que fueron intervenidos mediante cirugía programada con anestesia general desde Junio de 2015 a Enero de 2017. Se analizaron las incidencias detectadas en relación con el cumplimiento de los perfiles pactados (Hemograma, coagulación, glucosa, creatinina e iones) así como los valores que no fueron normales y su posible influencia en el manejo perioperatorio del paciente.

Resultados: Durante el periodo de estudio se realizaron 846 cirugías menores programadas y 1185 analíticas. 8,6% presentaban resultados anormales. 19 niños tenían hemoglobinas <8,7mg/dl. 58 niños presentaron cifras de plaquetas <50.000 que en el 97% fueron disminuciones falsas por presentar agregación plaquetaria por extracción dificultosa que no fueron confirmadas en una segunda analítica. 92 presentaron hiponatremias que en el 78% fueron debidas a extracción inadecuada de vía. Ningún resultado obligó a suspender la cirugía. No se observó relación entre las alteraciones analíticas del preoperatorio y las complicaciones postquirúrgicas que podrían haber sido prevenidas por dichos resultados.

Conclusiones: Los resultados sugieren que en los pacientes pediátricos sometidos a procedimientos de cirugía menor, los tests analíticos realizados de manera rutinaria en el preoperatorio tienen un valor muy limitado.

649. PATOLOGÍA UROLÓGICA EN EL RECIÉN NACIDO CON DIAGNÓSTICO PRENATAL DE DILATACIÓN EN VÍA URINARIA

Garces Visier, Cristina¹; Ávila Ramirez, Luis Felipe²; Llanos, David²; De La Pedraja, Iñigo²; Dominguez, Eva²; Rodríguez De Alarcón García, Jaime²; Soto Beauregard, Carmen²

¹Hospital Universitario Clínico De San Carlos. ²Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid. Póster electrónico.

Objetivos: Determinar si el diagnóstico prenatal de hidronefrosis (HNF) se correlaciona con la presencia de HNF al nacimiento y la necesidad de seguimiento posterior.



Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados prenatalmente de dilatación del sistema colector renal durante los años 2015 y 2017 nacidos en nuestro centro, cuya ecografía (ECO) se obtuvo después de la semana 20 de gestación y que mostró algún grado de hidronefrosis (HNFP).

Resultados: Fueron diagnosticados de HNFP 62 pacientes (127 unidades renales, ya que 3 pacientes presentaban una duplicidad reno-ureteral). En 84 de éstas, se objetivó dilatación del tracto urinario (DTU) superior, cinco graves. Predominaron los varones (75.8%). Las niñas tuvieron el doble de afectación bilateral que unilateral, mientras que en los niños fue 1:1 aunque sin significación estadística. La HNFP fue bilateral en 36 pacientes. 22 unidades renales presentaron un grado moderado-severo. Se realizó ECO postnatal en 44 pacientes, 20 de los cuales sólo presentaban ectasia leve prenatalmente. La cistouretrografía miccional seriada (CUMS) se realizó en nueve pacientes (sólo en tres casos por HNF severa), y tres mostraron reflujo vesicoureteral (RVU) unilateral de grado III. Un paciente presentó una infección urinaria en el primer mes de vida, pero la CUMS no mostró RVU, siendo su patrón prenatal de HNF severa.

Conclusiones: La ECO prenatal permite reconocer la HNF y tratar uropatías obstructivas y refluventes antes del inicio de los síntomas clínicos. Existe gran variabilidad entre los valores de corte, estándares y clasificación de los hallazgos en la ECO obstétrica y posnatal.

650. ESQUISTOSOMIASIS VESICAL

Vicario la Torre, Fran¹; Matos Orozco, Olivia²; Pérez Bertólez, Sonia¹

¹Sección de Urología, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. ²Servicio de Urología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. **Póster electrónico.**

Objetivos: La esquistosomiasis es una de las parasitosis más extendidas por todo el mundo, considerándose endémica en varias zonas, no así en nuestro medio. Presentamos un caso de esquistosomiasis vesical en paciente inmigrante.

Métodos: Niño de 6 años procedente de Mali, consulta por clínica de hematuria macroscópica terminal recurrente, de un año de evolución. Como antecedentes personales destaca trastorno del espectro autista y epilepsia.

Se realizó analítica sanguínea que resultó normal, sin eosinofilia; tira y sedimento urinario que únicamente mostró hematíes, sin evidencia de huevos de esquistosoma; así como ECO renovesical, donde se objetivó un engrosamiento lateral izquierdo de la pared vesical, con hiperecogenicidad de la mucosa y leve hipervascularización.

Resultados: Se realizó cistoscopia exploradora e identificación de una lesión infracentimétrica eritematosa, de aspecto granular, con implantación amplia y protrusión sobre mucosa vesical del lado izquierdo. Se procedió a su exéresis mediante tijera para toma de biopsia, dejando sondaje vesical tras la intervención.

El diagnóstico anatomopatológico fue de esquistosomiasis por *Schistosoma haematobium*, instaurándose tratamiento con Praziquantel. Durante el postoperatorio el resultado del sedimento urinario fue repetidamente negativo para huevos del trematodo.



Conclusiones: Las parasitosis urinarias son poco frecuentes en nuestro medio, no obstante el diagnóstico debe sospecharse en pacientes inmigrantes o viajeros procedentes de zonas endémicas con sintomatología urinaria.

El diagnóstico es por visualización de huevos en el sedimento, aunque en nuestro caso no se observaron y el diagnóstico fue dado por la biopsia.

654. DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA DE URACO PERMEABLE MEDIANTE ECOGRAFÍA PRENATAL

Lizandro Ruiz, Sofía¹; Encinas Sánchez, Daniel²; Forsheden Ahs, Erick³; Alonso Ciodaro, Giuliana¹; Sanjuán Rodríguez, Santiago¹; Bonilla Fornés, Samuel²

¹Hospital Materno Infantil Badajoz. ²Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura. ³Karolinska University Hospital, Estocolmo, Suecia. **Póster electrónico.**

Objetivos: El uraco permeable es una patología excepcional en la infancia, no siendo diagnosticados prenatalmente, a pesar de existir una serie de hallazgos ecográficos en el cordón umbilical, que nos pueden orientar hacia la posibilidad de un uraco permeable.

Los objetivos del trabajo es realizar un estudio retrospectivo de las ecografías prenatales del cordón, de los riñones y de la vejiga, en pacientes diagnosticados de uraco permeable en el período neonatal.

Métodos: Revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de uraco permeable, en Extremadura desde 1977 hasta la actualidad.

Resultados: De los 4 casos observados, todos los pacientes eran varones, y en 3 de ellos, se realizó un diagnóstico prenatal de quistes del cordón umbilical, situados cerca de la pared abdominal, que variaban de tamaño en los diferentes estudios y con desaparición espontánea en 2 casos, en el tercer trimestre. En ninguno de los pacientes, estos quistes se asociaron con un posible uraco permeable. Las ecografías renales y vesicales, prenatales y neonatales, han sido normales.

Conclusiones: Los quistes en el cordón umbilical son sospechosos de uraco permeable. Ecográficamente, debe hacerse el diagnóstico diferencial con “pseudoquistes”, hematomas o con teratomas. Todos nuestros casos eran varones, es probable que el uraco permeable sea debido a un aumento de presión intravesical durante la micción.

Una vez diagnosticados, se recomienda controles periódicos de la circulación fetal. pues si los quistes son muy grandes, pueden comprimir los vasos del cordón, pudiendo originar la muerte del feto.

655. PSEUDOEXTROFIA VESICAL ASOCIADA A MALFORMACIÓN ANORRECTAL

Díaz Moreno, Eloísa; Marañés Gálvez, Carolina; Navarro Pardo, Juan Francisco; Fernández Dozagarat, Salvador

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. **Póster electrónico.**

Objetivos: La extrofia vesical ocurre aproximadamente en 1/40000 nacidos vivos. Sin embargo, las variantes de este complejo son raras, siendo su presentación 10 veces más



infrecuente. Nuestro objetivo es presentar un caso de pseudoextrofia vesical asociada a malformación anorrectal.

Métodos: Recién nacido diagnosticado de malformación anorrectal con fístula perineal y defecto infraumbilical, que se corresponde con pseudoextrofia vesical. Se realizan pruebas complementarias que descartan otras anomalías asociadas.

Resultados: En la ecografía abdominal se visualiza imagen presacra correspondiente a dilatación rectosigmoidea de 5,4 cm y, ante la clínica de obstrucción intestinal, se realiza colostomía disociada a las 24 horas de vida. El estudio vesical (CUMS y cistoscopia) muestra una morfología normal sin existencia de reflujo vesicoureteral. La ecografía de la sínfisis evidencia una diástasis de pubis de 3 cm. A los 15 días de vida, se realiza cirugía para el cierre del defecto abdominal y umbilicoplastia. Actualmente está pendiente de realizar anorrectoplastia sagital posterior y cierre de colostomía.

Conclusiones: La pseudoextrofia es la variante más rara y benigna de la extrofia vesical, que se define como la presencia de una vejiga intacta cubierta de piel, con diástasis de pubis y de los músculos rectos abdominales. Se han descrito casos en los que asocia otras anomalías como ano imperforado, anomalías de paladar, clítoris bifido o hemiescrotos. Es importante realizar un diagnóstico correcto de esta patología, así como de las malformaciones asociadas, con el objetivo de plantear los tiempos quirúrgicos adecuados, para obtener los mejores resultados funcionales, con mínimas complicaciones y secuelas.

656. ANILLO VASCULAR DEBIDO A ARTERIA SUBCLAVIA IZQUIERDA ABERRANTE

Tardaguila Calvo, Ana Rosa; López López, Antonia Jesús; Simal Badiola, Isabel; De Diego García, Ernesto; Fernández Jiménez, Inmaculada; García Calatayud, Salvador
Hospital Marqués de Valdecilla, Santander. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: Presentar un caso significativo de anillo vascular sintomático en la infancia.

Métodos: Se trata de un niño de 12 años con clínica de tos y regurgitaciones desde lactante, diagnosticado y tratado de enfermedad por reflujo gastroesofágico sin mejoría. Se nos remite para valoración de funduplicatura. En la historia clínica constatamos un síndrome de Di George con un arco aórtico derecho. La pHmetría es negativa y en el tránsito objetivamos una muesca. Sospechamos un anillo vascular por lo que solicitamos un AngioRM

Resultados: Se objetiva una arteria subclavia izquierda aberrante que junto al arco aórtico derecho condicionan un anillo vascular que comprime tanto tráquea como esófago. Conjuntamente con Cirugía Cardiovascular se decidió actitud conservadora, realizando resección del aneurisma y reimplante de la subclavia en la carótida en caso de empeoramiento clínico.

Conclusiones: El anillo vascular es una causa muy rara de tos y complicaciones respiratorias en la infancia. Debemos tener en mente esta entidad para realizar una correcta anamnesis e interpretación de pruebas para llegar a su diagnóstico. Dentro de los anillos, el condicionado por un arco aórtico derecho con arteria subclavia aberrante desde el divertículo de Kommerell es muy infrecuente y de debut generalmente en la edad adulta.

662. PAPEL DE LA BRONCOSCOPIA COMBINADA, RÍGIDA Y FLEXIBLE, EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DE LA VÍA AÉREA

Morante, Rocío; Antón-Pacheco, Juan Luis; Melero, Leonor; Aneiros, Belén; Benavent, María Isabel; Gómez, Andrés

Hospital 12 De Octubre, Madrid. **Póster Electrónico.**

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

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de las broncoscopias realizadas en nuestra unidad desde Enero de 2015 hasta Diciembre de 2017 (3 años). Se han analizado las siguientes variables: datos demográficos, nº total de broncoscopias, nº de broncoscopias combinadas, indicaciones específicas, técnicas terapéuticas empleadas, y complicaciones.

Resultados: Se realizaron un total de 460 broncoscopias de las que 155 (33,6%) fueron procedimientos combinados con instrumentación flexible y rígida en el mismo acto anestésico. De forma general, se inició la exploración con BF y se completó con BR. Las indicaciones específicas de los procedimientos combinados fueron: diagnóstico mediante biopsia o LBA en 5 pacientes (4%), mejorar la visualización en 13 (8%), calibración del grado de estenosis subglótica en 36 pacientes (23%) y realización de algún tipo procedimiento terapéutico en 101 (65%). Las técnicas intervencionistas más frecuentemente realizadas incluyeron: fotoresección con láser diodo (34%), colocación o retirada de endoprótesis (19%), dilatación (18%), extracción de cuerpo extraño (8%), retirada de tutor endolaringeo (7%), exéresis de granuloma (4%) y otros procedimientos (10%). La incidencia de complicaciones fue del 4%

Conclusiones: La BF y la BR son dos técnicas complementarias y en nuestra experiencia la tasa de procedimientos combinados es muy relevante. La posibilidad de realizar ambas técnicas de forma simultánea por el mismo equipo de cirujanos supone una ventaja para el paciente ya que reduce el nº de procedimientos anestésicos y permite tratar su patología sin demoras innecesarias.

664. COMPRESIÓN DE LA VÍA AÉREA DEBIDA A UN LIPOBLASTOMA CERVICAL: UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE

Aneiros Castro, Belén; Antón-Pacheco Sánchez, Juan Luis; López Díaz, María; Melero Guardia, Leonor; Morante Valverde, Rocío; Redondo Sedano, Jesús; Martín Alelu, Rubén; Benavent Gordo, María Isabel; Gómez Fraile, Andrés

Hospital 12 de Octubre, Madrid. **Póster electrónico.**

Objetivos: Los lipoblastomas son tumores benignos muy poco frecuentes que derivan del tejido adiposo embrionario. A pesar de que constituyen menos del 1% de los tumores de la infancia, el 80% se presentan antes de los 3 años. Presentamos un caso de lipoblastoma cervical con compresión de la vía aérea. **Métodos:** Niña de 2 años derivada a nuestro centro por presentar una masa cervical de crecimiento rápido de 6 meses de evolución. En la radiografía de tórax y la ecografía se evidenció una masa laterocervical derecha que desplazaba la tráquea cervical. La RMN determinó una tumoración de 40x27x55 mm compuesta fundamentalmente por grasa, que se localizaba en mediastino superior, desplazando la tráquea lateralmente obliterándola parcialmente.



Resultados: Se realizó una broncoscopia flexible en la que observamos compresión extrínseca lateral derecha con rotación de la tráquea cervical. Posteriormente, se realizó una exéresis macroscópica completa de la tumoración mediante cervicotomía lateral derecha. El postoperatorio cursó sin complicaciones y el estudio histológico de la pieza estableció el diagnóstico de lipoblastoma. Tras 6 meses de seguimiento la paciente permanece asintomática y en la RMN de control se han objetivado cambios postquirúrgicos sin recidiva local.

Conclusiones: A pesar de que los lipoblastomas son neoplasias benignas, se recomienda la resección completa de los mismos, especialmente en los casos de crecimiento rápido y localización comprometedor. Dada la posibilidad de recidiva, está indicado el seguimiento a largo plazo de estos pacientes.

670. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA PARADUODENAL IZQUIERDA

Martín-Lluís, Alba; Pérez Bertólez, Sonia; Moraleda Gudayol, Inés; Tarrado Castellarnau, Xavier
Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: Las hernias paraduodenales son hernias congénitas infrecuentes causadas por una embriogénesis defectuosa, donde el intestino no rota o los pliegues mesentéricos no se fusionan adecuadamente. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de hernia paraduodenal izquierda tratada mediante un abordaje laparoscópico.

Métodos: Paciente de 15 años con dolor abdominal recurrente de dos años de evolución, este último episodio con cortejo vegetativo acompañante. A la exploración destaca una masa palpable en mesogastrio. Con ecografía abdominal y TC se evidencia hernia interna paraduodenal izquierda sin signos de sufrimiento de asas.

Resultados: Se realizó una laparoscopia con trócar de 5mm umbilical y tres trócares de 3mm en flanco izquierdo, fosa ilíaca e hipocondrio derechos. Hallamos un defecto herniario a la izquierda del ligamento de Treitz y medial a la vena mesentérica inferior y a la arteria cólica izquierda, a nivel paraduodenal izquierdo equivalente a la fosa de Landzert. Se redujo el yeyuno proximal herniado que presentaba un discreto aumento de calibre sin signos isquémicos. Se procedió al cierre del defecto con sutura continua en bolsa de tabaco con Vicryl 5/0. Durante el postoperatorio, la paciente presentó excelente estado general, con remisión del dolor. Toleró correctamente dieta oral y deambuló sin incidencias, por lo que se decidió dar el alta hospitalaria a las 24 horas. Actualmente, tras 10 meses de seguimiento, la paciente permanece asintomática, con excelente resultado cosmético

Conclusiones: La laparoscopia confirma el diagnóstico y permite el tratamiento de forma rápida y eficaz, con todas las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

671. ESPERMATOCELE VS QUISTE DE EPIDÍDIMO

Alonso Ciodaro, Giuliana¹; Bonilla Fornés, Samuel²; Forsheden Ahs, Eric³; Sanjuán Rodríguez, Santiago¹; Oliu San Miguel, Detlef¹; Encinas Sánchez, Daniel²

¹Servicio De Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno Infantil, Badajoz. ²Facultad De Medicina, Uex, Badajoz. ³Karolinska University Hospital, Suecia. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: Los términos espermatocelo y quiste de epidídimo, han sido utilizados como sinónimos por muchos especialistas e incluso en la literatura, pero tienen histología, composición del líquido y evolución diferente, lo que hace que sean patologías independientes, que pueden precisar un tratamiento distinto.

Métodos: Varón, de 13 años, sin antecedentes de interés, que desde hace 5 meses presenta una tumoración paratesticular derecha, dolorosa a la palpación, no inflamatoria, sin otra sintomatología. En la ecografía, los testículos y epidídimos son normales, pero paralelo a la cabeza del epidídimo derecho se observa una tumoración quística de 1x2cm, no vascularizada, con ecos de baja intensidad en su interior, no especifican si observan el signo de “tormenta de nieve”.

Resultados: Se realiza exéresis por vía escrotal, observando que depende de la cabeza del epidídimo y contiene líquido lechoso. El estudio histopatológico observa epitelio cuboidal simple, con restos de células germinales, compatible con espermatocelo; en algunos casos puede observarse espermatozoides.

Conclusiones: El quiste de epidídimo, histológicamente presenta epitelio columnar estratificado y en muchas ocasiones, puede involucionar espontáneamente, dejando su extirpación quirúrgica para quistes sintomáticos y mayores de 1cm; en cambio el espermatocelo, que se puede sospechar ecográficamente por presentar ecos en el interior que se movilizan (signo de tormenta de nieve), no involuciona, y va a precisar exéresis, permitiendo confirmar el diagnóstico histológico, y descartar patología como el teratoma quístico. Durante su exéresis se debe tener especial cuidado con el epidídimo, pues por su estrecha relación, podíamos originar un proceso obstructivo que podría ser irreversible.

672. REIMPLANTE LAPAROSCÓPICO DEL MEGAUÉRTER: NUEVA TÉCNICA SIMPLIFICADA

Gander, Romy; Asensio, Marino; Royo, Gloria Fatou; López, Manuel

Hospital Universitario Vall D’Hebron, Barcelona. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: El objetivo de este trabajo es describir una nueva técnica quirúrgica para el reimplante laparoscópico del megauréter.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes con megauréter tratados entre enero 2016-junio 2017 con reimplante ureteral laparoscópico (RUL). Se utilizaron 3 trocares (1 x5mm y 2x3 mm). El uréter se movilizó para lograr una anastomosis sin tensión. El uréter distal se seccionó a nivel de la estenosis. Se realizó detrusoromiomía y creación de túnel submucoso. La mucosa se abrió en el extremo superior del túnel y se introdujeron unos 1.5cm del uréter distal en la vejiga para crear un mecanismo valvular antirreflujo (técnica de Shanfield modificada). La anastomosis vesicoureteral se realizó con puntos sueltos de sutura absorbible. No se dejaron stents ni se modeló el uréter en ningún caso. Analizamos indicaciones para la cirugía, complicaciones y resultados.

Resultados: Se trataron 4 pacientes con una media de edad de 28.75 meses (DT:25.5). Las patologías fueron: megauréter congénito obstructivo-refluente (2), obstrucción post-inyección endoscópica de reflujo vesicoureteral (RVU) (1) y duplicidad renal con ureterocelo (1). Las indicaciones quirúrgicas fueron: infecciones (2), obstrucción (1) e incremento progresivo de la hidronefrosis (1). No hubo complicaciones intraoperatorias y 2 pacientes presentaron una ITU aislada en el postoperatorio. Se logró la resolución de la hidronefrosis, obstrucción y del RVU en todos los casos. El seguimiento medio fue de 9 meses (DT:2.1).

Conclusiones: Sugerimos que el RUL por esta técnica es eficaz y seguro y sobretodo es técnicamente más sencillo y reproducible que el RUL convencional.



674. DILATACIÓN SEGMENTARIA INTESTINAL NEONATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Martín Alelú, Rubén; Benavent Gordo, Maribel; Morante Valverde, Rocío; Tordable Ojeda, Cristina; Gómez Fraile, Andrés

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. [Póster electrónico](#).

Objetivos: Presentar un caso de dilatación segmentaria de intestino (DSI) como causa de obstrucción intestinal neonatal y revisión de la literatura.

Métodos: Describimos el caso de un recién nacido a término que al cuarto día de vida presentó un vómito bilioso sin distensión abdominal. Eliminó meconio en las primeras 24 horas. Se realizó radiografía de abdomen evidenciándose distensión de asas intestinales y una ecografía abdominal con íleon distal y colon colapsados con una zona de transición de pared gruesa.

Resultados: Debido a la sospecha de obstrucción intestinal se decidió intervención quirúrgica observando una dilatación brusca de un segmento ileal de 7 cm con pared engrosada. No se observó malrotación ni vólvulo intestinal. Se realizó resección del segmento intestinal dilatado sin encontrar obstrucción mecánica en la luz intestinal. En la histología del segmento resecado se documentó la presencia de células ganglionares en el plexo mientérico y submucoso. El postoperatorio cursó sin incidencias.

Conclusiones: La DSI es una rara enfermedad congénita caracterizada por una brusca dilatación localizada de un segmento intestinal sin obstrucción mecánica ni ausencia de células ganglionares. El cuadro clínico es de obstrucción o pseudobstrucción intestinal. El segmento más frecuentemente implicado es el íleon, estando descrito con menor frecuencia en duodeno y colon. El tratamiento se basa en resección y anastomosis siendo curativo en el 100% de los casos. Aunque en el segmento resecado puede encontrarse hipertrofia muscular, la histología no suele demostrar anormalidad de células ganglionares. Por ello es necesario pruebas inmunohistológicas más específicas que nos ayuden entender la etiología de esta enfermedad.

676. SÍNDROME DE LA ÚLCERA RECTAL SOLITARIA: FACTORES DE RIESGO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Oviedo Gutiérrez, María; Manzanares Quintela, Alejandro; Abad Calvo, María Pilar; Castellví Gil, Antonio; De Diego Suárez, Marta

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Sabadell. [Póster electrónico](#).

Objetivos: Analizar factores de riesgo, características clínicas y diagnóstico diferencial del Síndrome de la Úlcera Rectal Solitaria (SURS).

Métodos: Presentamos caso de niña de 15 años con trastorno obsesivo-compulsivo y SURS.

Resultados: Niña de 15 años, con trastorno obsesivo-compulsivo a tratamiento con Sertralina, consulta por deposiciones mucosanguinolentas, tenesmo y prolapso rectal desde hace 4 meses. Hábito intestinal normal, aunque recientemente los episodios de estreñimiento son frecuentes y precisa ayuda digital. Sin otra clínica acompañante. A la exploración anal muestra mucosa rectal congestiva con abundante salida de mucosidad líquida. Estudios complementarios normales (analítica completa, coprocultivo, calprotectina, hormonas tiroideas y anticuerpos transglutaminasa). Ante la sospecha de proctitis ulcerosa se practica anorectoscopia objetivándose mucosa rectal normal

y toma de biopsias compatibles con prolapso rectal con áreas erosivas. En la colonoscopia se observa úlcera solitaria del recto, sin hallazgos de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Diagnosticada de SURS se sustituye Sertralina (produce estreñimiento como reacción adversa) por Fluvoxamina con resolución completa de la sintomatología. Actualmente la paciente realiza deposiciones normales, sin precisar ayuda digital ni presentar prolapso rectal.

Conclusiones: El SURS cursa con deposiciones mucosanguinolentas, tenesmo y prolapso rectal, a menudo simulando una EII o neoplasia. Su diagnóstico se basa en la sintomatología y hallazgos endoscópicos: úlcera solitaria del recto, y descarte de otras patologías orgánicas. El prolapso rectal es infrecuente en adultos jóvenes. El 41% padecen enfermedad psiquiátrica precisando tratamientos antidepressivos de larga duración susceptible de inducir estreñimiento severo (Sertralina), factor desencadenante de prolapso rectal y en consecuencia de SURS.

679. PARANGLIOMA PARAAÓRTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Díaz Moreno, Eloisa; Fernández Dozagarat, Salvador; López Candel, Eduardo; Lendinez Molinos, Francisco; Vázquez López, M^a Ángeles; Yoldi Bocanegra, Rodrigo Eduardo; Navarro Muñoz, Estrella; Leyva Carmona, Moisés
Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. **Póster electrónico.**

Objetivos: Los feocromocitomas y paragangliomas son tumores neuroendocrinos productores de catecolaminas, con incidencia en la población general de 1:100.000 pacientes/año, siendo un 10-20% pacientes pediátricos. La sintomatología clínica es variada, generalmente asociada a la secreción hormonal. Revisamos aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos a propósito de un caso.

Métodos: Exponemos el caso de un paciente de 12 años de edad, en seguimiento por clínica de cefalea diagnosticada de migraña. En el contexto del estudio de una crisis hipertensiva, se realiza ecografía abdominal en la que se detecta una masa abdominal. Al ingreso presenta valores de TA sistólicos y diastólicos por encima del p99 para su edad, se inicia tratamiento con amlodipino y doxazosina. Se completa el estudio con pruebas de imagen (ecografía abdominal, TAC, RMN y gammagrafía MIBG) en las que se confirman lesión nodular retroperitoneal inter aortico-cava de 4x2,5x2 cm compatible con paraganglioma. Los estudios analíticos muestran catecolaminas en sangre y orina elevadas, así como una miocardiopatía hipertrófica de VI en la ecocardiografía.

Resultados: Se realiza laparotomía subcostal derecha, con exéresis completa de la lesión. El resultado anatomopatológico confirma el diagnóstico de paraganglioma. Actualmente está pendiente de resultados del estudio genético.

Conclusiones: Los paragangliomas suelen presentarse de forma esporádica, observándose una mayor proporción de síndromes genéticos en niños. El tratamiento curativo es la exéresis quirúrgica, consiguiéndose un 90% de remisión completa. Este conlleva elevado riesgo cardiovascular, por lo que deben adoptarse medidas quirúrgicas para bloquear los efectos del exceso de las catecolaminas y la más estrecha monitorización intraoperatoria para reducir dichas complicaciones.



687. ACALASIA EN DOS HERMANOS: PRIMERA MANIFESTACIÓN DEL SÍNDROME DE ALLGROVE

Oviedo Gutiérrez, María; Manzanares Quintela, Alejandro; Abad Calvo, María Pilar; Castellví Gil, Antonio; Montraveta Querol, Montserrat; Blanco Guillermo, Ignacio; De Diego Suárez, Marta Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Sabadell. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: La etiología de la acalasia es aún desconocida, aunque existen diversas hipótesis y se ha asociado a otras patologías como el Síndrome de Allgrove (SA). El SA es una enfermedad autosómica recesiva rara que se caracteriza por alacrimia, acalasia e insuficiencia suprarrenal y se manifiesta en las dos primeras décadas. Nuestro objetivo es dar a conocer el Síndrome de Allgrove como causa subyacente de acalasia.

Métodos: Presentamos dos hermanos de padres no consanguíneos con acalasia como primera manifestación diagnóstica del Síndrome de Allgrove.

Resultados: Niño de 10 años consulta por disfagia y dolor retroesternal de 6 meses de evolución. Su hermana de 16 años, ya estudiada y etiquetada de bulimia, continúa con disfagia, vómitos y tos nocturna desde hace 4 años. El tránsito esofagogástrico y manometría esofágica son compatibles con acalasia en ambos. Se intervienen vía laparoscópica: miotomía de Heller y funduplicatura DOR con buena evolución. Se inician estudios genéticos que confirman la mutación c.1331+1G>A en AAAS asociada al SA en los dos y de la cual son portadores sus progenitores. Actualmente manifiestan alacrimia, presentan atrofia óptica temporal bilateral y son controlados por endocrinología por posible deterioro progresivo de la función suprarrenal.

Conclusiones: El gen AAAS codifica la proteína ALADIN, responsable del desarrollo y mantenimiento neuroendocrino, gástrico y cerebral. El diagnóstico tardío del SA se debe a su heterogeneidad genética y gran variedad clínica. Es importante conocer la tríada clásica del SA para su detección precoz, control y tratamiento sintomático adecuado.

689. UTILIZACIÓN DE EXPANSORES TISULARES PARA LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME POSTNEUMONECTOMÍA

Ortolá, Paula; Fonseca, Rosa; Gutiérrez, Carlos; Barrios, José Enrique; López, Eva; Gutiérrez-Ontalvilla, Patricia; Vila, Juan José Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: El síndrome postneumonectomía es una complicación rara pero con consecuencias potencialmente graves. Se han descrito diversas técnicas para el tratamiento del mismo, bien a su diagnóstico o de forma profiláctica tras la neumonectomía. En los últimos años, los expansores tisulares se han empleado con éxito con este objetivo.

Métodos: Presentación de un caso clínico intervenido en nuestro centro en abril de 2017 al que se colocó un expansor tisular tras realizar neumonectomía. Se analiza su evolución tras un año de seguimiento.

Resultados: Paciente de 1 año de vida al que se realizó neumonectomía derecha tras evolución postquirúrgica tórpida de malformación pulmonar. Se decidió, en el mismo acto quirúrgico, introducir en hemitórax derecho un expansor tisular de 16x5x3cm, que se rellenó con 140mL de suero salino fisiológico. Posteriormente el paciente ha seguido

controles clínicos y radiológicos regulares, permaneciendo asintomático y sin presentar complicaciones. Por el momento no ha requerido relleno ni recambio del dispositivo; se planteará en el futuro, según evolución y crecimiento del paciente.

Conclusiones: La utilización de expansores tisulares para el tratamiento del síndrome post-neumonectomía ha demostrado ser de ayuda en el manejo de estos pacientes. En nuestra experiencia, se trata de un método sencillo, seguro y efectivo, con bajo riesgo de complicaciones.

693. MANEJO ENDOSCÓPICO DE LA FÍSTULA DEL SENO PIRIFORME (FSP)

López López, Antonia Jesús; Simal Badiola, Isabel; Tardáguila Calvo, Ana Rosa; De Diego García, Ernesto; Fernández Jiménez, Inmaculada; Obeso Aguera, Sergio
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: Presentar un nuevo enfoque terapéutico en el manejo de esta patología, así como revisión de la literatura a propósito de un caso.

Métodos: Paciente varón de 6 años derivado a nuestra consulta tras presentar varios episodios de inflamación cervical izquierda en los meses previos, que cedieron con antibioterapia oral. Presenta nuevo episodio asociado a fiebre, por lo que se realiza ecografía cervical compatible con tiroiditis aguda supurativa.

Resultados: Se solicita TC con hallazgo de absceso cervical, requiriendo drenaje quirúrgico. Tras la resolución del cuadro inflamatorio se realiza esofagograma que confirma la sospecha diagnóstica de FSP izquierdo. Se decide tratamiento conjunto con el Servicio de ORL, realizándose mediante microlaringoscopia directa por suspensión cauterización con pinza bipolar endoscópica del borde de la fistula y paredes circundantes del seno piriforme izquierdo y del primer centímetro de trayecto fistuloso. Es dado de alta a las 24 horas y controlado en consulta por un periodo de 10 meses, sin haber presentado complicaciones ni recidiva hasta el momento actual.

Conclusiones: Las FSP son malformaciones poco frecuentes del 3er o 4º arco branquial, que suelen manifestarse como abscesos cervicales y tiroiditis aguda supurativa recurrente. La exéresis completa del trayecto fistuloso ha sido el tratamiento clásico. Sin embargo, en la edad pediátrica, presenta un elevado número de complicaciones y una alta tasa de recidiva. El tratamiento endoscópico mediante electrocauterización del orificio fistuloso ofrece una alternativa segura y efectiva, con una tasa de recurrencia comparable al manejo quirúrgico abierto, y menor tasa de complicaciones.

696. PLASMOCITOMA TRAQUEAL: UNA LOCALIZACIÓN EXCEPCIONALMENTE RARA

Melero Guardia, Leonor; Antón Pacheco, Juan Luis; Carrillo Arroyo, Isabel; Morante Valverde, Rocío; López Díaz, María; Aneiros Castro, Belén; Martín Alelu, Rubén; Benavent Gordo, María Isabel; Gómez Fraile, Andrés
Hospital Universitario 12 Octubre, Madrid. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: Presentar un caso de plasmocitoma extraóseo con localización en la vía aérea.

Métodos: Varón de 9 años con antecedente de plasmocitoma laríngeo tratado con radioterapia en su centro de origen. Fue referido a nuestra unidad por estridor, con un TC cervico-torácico en el que se detectó una masa obstructiva traqueal.



Resultados: Efectuamos una broncoscopia en la que se evidenció una masa polilobulada en tráquea cervical que ocupaba aproximadamente el 80% de la luz. Se realizó, en el mismo acto, biopsia de la masa y una traqueotomía para asegurar la vía aérea. El estudio histológico estableció el diagnóstico de plasmocitoma extraóseo. Para reducir el volumen de la masa tumoral y poder irradiar nuevamente la región cervical, realizamos una fotoresección con láser del tumor. En una revisión broncoscópica a los 6 meses se observó una estenosis traqueal supraestomal completa que se trató con una resección traqueal segmentaria con anastomosis termino-terminal. El postoperatorio cursó sin incidencias y el paciente permaneció asintomático hasta que 5 meses después, en una exploración endoscópica de control, se evidenció una nueva lesión en la región aritenoides derecha que precisó biopsia excisional. Seis meses después de este procedimiento el paciente no ha presentado nuevas lesiones.

Conclusiones: El plasmocitoma extraóseo es un tumor muy poco frecuente que se produce por proliferación de células plasmáticas monoclonales. Su localización más frecuente es la laríngea, seguida del tracto respiratorio superior y los senos paranasales. Según la revisión bibliográfica realizada, este es el primer caso descrito de plasmocitoma traqueal en un niño.

698. FÍSTULA CARÓTIDO ESOFÁGICA SECUNDARIA A INGESTA CUERPO EXTRAÑO

Melero Guardia, Leonor; Morante Valverde, Rocío; Tejedor Sánchez, Raquel; García Torres, Enrique; Aneiros Castro, Belén; Redondo Sedano, Jesús Vicente; Martín Alelu, Rubén; Benavent Gordo, María Isabel; Gómez Fraile, Andrés
Hospital Universitario 12 Octubre, Madrid. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: Presentar una complicación grave generalmente letal y poco frecuente secundaria a ingesta de cuerpo extraño.

Métodos: Revisión retrospectiva de la historia clínica del paciente y de la bibliografía disponible sobre el tema.

Resultados: Lactante de 15 meses que consulta por episodio de hematemesis con repercusión hemodinámica. Ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos para estabilización y estudio. Rehistoriando los padres refieren dudosa ingesta de cuerpo extraño 9 días antes. Se pide radiografía que muestra un cuerpo extraño en esófago proximal y TC sin evidencia de lesión vascular ni perforación esofágica.

Se realiza endoscopia y extracción de cuerpo extraño (pila de botón). No se observa perforación, aunque sí importante erosión de la mucosa y sangrado en sábana. A las 48 horas presenta nuevo episodio de hematemesis requiriendo intubación y colocación de sonda Sengstaken-blakemore. Realizamos arteriografía que muestra un pseudoaneurisma traumático de carótida izquierda fistulizado a esófago, precisando intervención urgente con resección y anastomosis vascular, así como sutura de la perforación esofágica.

El postoperatorio transcurre sin incidencias, presentando un tránsito esofágico sin fugas y doppler con buen flujo vascular.

En las endoscopias de control se objetivó mínima estenosis que precisó dos dilataciones. Actualmente el paciente se encuentra asintomático y la sutura vascular no ha tenido complicaciones.



Conclusiones: La fístula carótido-esofágica es una entidad poco descrita en la literatura. La tríada de Chiari (dolor torácico, hemorragia digestiva alta y exsanguinación), característica de fístulas aorto-esofágicas debe hacer sospecharla, aunque la clínica no siempre es completa y en ocasiones es difícil de diagnosticar.

699. LECCIONES APRENDIDAS DESPUÉS DE 50 PIELOPLASTIAS ROBÓTICAS

Asensio, Marino; Gander, Romy; Royo, Gloria Fatou; Leganés, Carlos; López, Manuel
Hospital Universitario Vall D'Hebron, Barcelona. [Póster electrónico](#).

Objetivos: La cirugía mínimamente invasiva es el gold-estándar de la pieloplastia en la actualidad. Nuestro objetivo fue describir nuestra experiencia y lecciones aprendidas después de 50 pieloplastias laparoscópicas asistidas con robot DAVINCI (PLADV).

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes con EPU sometidos a PLADV entre 2009-2017. Analizamos indicaciones, complicaciones relacionadas con el procedimiento y resultados.

Resultados: Analizamos 48 PLADV: 15 niñas y 35 niños con una media de edad de 8.6 años (DT:4.6) y media de peso de 34.5 kg (DT: 20.29). Las indicaciones fueron: obstrucción (33), dolor (10), disminución de la función renal (6) e infección (1). En 9 casos (18%) se trató de reintervenciones de pieloplastias abiertas con una media de tiempo desde la primera cirugía de 7.5 años (DT:5.3). Tres pacientes presentaron un riñón en herradura, 3 un riñón único y una duplicidad con EPU del hemiriñón inferior.

Se requirió conversión a cirugía abierta en 2 casos (4%) al inicio de la serie. Aparecieron complicaciones en 5 pacientes (10%): 4 menores relacionadas con el catéter doble-J (3 infecciones y 1 obstrucción) y 1 mayor (fuga urinaria). La mediana de estancia hospitalaria fue de 1 día (r:1-14). La tasa de éxito en términos de resolución de síntomas y obstrucción fue del 92% (aunque solo 1 requirió reintervención) con un seguimiento medio de 43.26 meses (DT:23.1).

Conclusiones: PLADV es una técnica segura y eficaz en el tratamiento de la EPU en edad pediátrica. La mayoría de las complicaciones son menores y relacionadas con el catéter doble-J.

700. OCTREÓTIDE: ¿UN ARMA SECRETA EN EL TRAUMATISMO PANCREÁTICO INFANTIL?

Moraleda Gudayol, Inés; Pérez Bertólez, Sonia; Martín-Lluís, Alba; Massaguer Bardají, Clara; Tarrado Castellarnau, Xavier
Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. [Póster electrónico](#).

Objetivos: Los traumatismos pancreáticos pediátricos son lesiones raras. Por su baja incidencia, no existe evidencia en su manejo. Para lesiones de grado I-II se propone un tratamiento conservador. En grados mayores existe controversia: en tercio distal se suelen tratar quirúrgicamente; en cabeza o cuello se prioriza el tratamiento conservador para evitar grandes resecciones pancreáticas. El octreótide se ha descrito como profilaxis de fístulas pancreáticas postoperatorias.

El objetivo es presentar un caso clínico de éxito del manejo conservador en lesión pancreática grado IV. **Métodos:** Caso clínico.



Resultados: Un niño de 2 años consultó por dolor abdominal y vómitos biliosos tras contusión abdominal. Se detectaron niveles elevados de lipasa y amilasa. La TC identificó una transección total del cuello pancreático (grado IV). Se indicó manejo conservador con nutrición parenteral total. Al reintroducir la alimentación oral, los niveles de lipasa y amilasa se elevaron y se evidenció un aumento de colección peripancreática. Se inició una perfusión de octreótide. Después de 3 semanas, las enzimas pancreáticas eran normales, y ecografías seriadas mostraron mejoría progresiva de la lesión. En tres meses, el paciente presentaba resolución completa de la lesión, sin ninguna complicación a nivel local o sistémico.

Conclusiones: Las lesiones pancreáticas traumáticas infantiles suelen tratarse de modo conservador, para evitar grandes resecciones pancreáticas, que pueden conllevar insuficiencia exocrina a lo largo de la vida del paciente. El octreótide podría jugar un papel importante en su manejo, pudiendo evitar complicaciones. No obstante, por la baja incidencia de este tipo de lesiones, se deberían realizar estudios multi-céntricos para probar esta hipótesis.

704. EXPERIENCIA CON ¿VASCULAR HITCH? LAPAROSCÓPICO EN ESTENOSIS PIELOURETERALES EXTRÍNSECAS

Fernández Bautista, Beatriz; Parente, Alberto; Burgos, Laura; Ortiz, Rubén; De la Torre, Manuel; Ordoñez Pereira, Javier; Angulo, José María
Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: La trasposición de los vasos polares (“vascular hitch”) ha sido descrita como tratamiento válido para la estenosis pieloureteral por vaso polar. No se ha generalizado esta técnica por desconocer si además del vaso polar, la estenosis tiene un componente intrínseco, por lo que nosotros hemos calibrado con balón la unión pieloureteral para descartarlo.

Métodos: Presentamos 11 pacientes (edad media: 10 años) con sospecha de obstrucción por vaso polar de la unión pieloureteral, diagnosticada mediante uroRMN en todos los casos. Se inició el procedimiento con calibración mediante balón de alta presión de la unión pieloureteral. Se consideró que existía estenosis intrínseca asociada si al situar el balón a nivel de la unión pieloureteral observábamos una muesca que no se vencía a 10 atm. Si no encontrábamos muesca se consideraba que la estenosis era extrínseca y se realizaba una trasposición laparoscópica de los vasos que cruzaban el polo inferior.

Resultados: Once pacientes presentaron estenosis extrínseca pura, realizando trasposición laparoscópica de los vasos polares. El tiempo medio de la cirugía fue de 98 minutos y la estancia hospitalaria fue de 24 horas en todos los casos. No encontramos complicaciones intraoperatorias o postoperatorias y se observó disminución estadísticamente significativa de los diámetros pélvicos ecográficos. El tiempo medio de seguimiento fue de 2 años, sin reintervenciones en ningún paciente.

Conclusiones: La calibración con balón de alta presión de la unión pieloureteral nos descarta estenosis intrínseca, permitiendo realizar esta técnica de una manera segura, eficaz y poco invasiva, que ha mostrado buenos resultados a corto y largo plazo.

706. SCREENING MICROBIOLÓGICO AL INGRESO EN LOS PACIENTES QUEMADOS: ¿ES REALMENTE NECESARIO?

Triana Junco, Paloma; Dore Reyes, Mariela; Miguel Ferrero, Miriam; Álvarez Barrial, María; Nava Hurtado de Saracho, Borja; Amesty Morello, Virginia; Díaz González, Mercedes; López Gutiérrez, Juan Carlos

Hospital Universitario La Paz, Madrid. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: En los centros de quemados se realiza un screening microbiológico al ingreso para identificar la presencia de microorganismos que pueden requerir aislamiento o tratamiento específicos. El objetivo de este estudio es identificar estos microorganismos y comprobar si son responsables de las infecciones durante el ingreso.

Métodos: Se realiza una revisión retrospectiva de pacientes quemados a los que se les ha realizado un screening microbiológico al ingreso según el protocolo vigente en la Unidad. Se analizan los microorganismos hallados, su resistencia, tratamientos e infecciones posteriores desarrolladas durante el ingreso.

Resultados: Se evaluaron 100 pacientes ingresados en la Unidad de Quemados durante los últimos 5 años. La mayoría de las muestras (86%) presentaban resultados negativos o colonización por flora habitual, estando hasta un 18% colonizados por *Staphylococcus Aureus* meticilin sensible (SAMS). Ninguno de los pacientes recibió tratamiento dirigido por los cultivos obtenidos al ingreso.

Durante la hospitalización, se tomaron nuevos cultivos en pacientes seleccionados y se aislaron microorganismos en un 5,5%, sin coincidir en ninguno de los casos con los microorganismos aislados al ingreso. Sólo un 4,2% de los pacientes recibieron tratamiento antibiótico dirigido tras los resultados de los mismos.

Conclusiones: Los microorganismos resistentes que podrían impedir una adecuada curación de las quemaduras o producir infecciones concomitantes graves no se han encontrado en ninguno de los cultivos obtenidos al ingreso. Además, los microorganismos identificados al ingreso no están implicados en ninguna de las infecciones posteriores por lo que consideramos que el screening microbiológico debería limitarse a pacientes seleccionados.

709. RESULTADOS DE LA CIRUGÍA DERIVATIVA EN LA OBSTRUCCIÓN EXTRAHEPÁTICA DE LA VENA PORTA

Triana Junco, Paloma; Álvarez Méndez, Ana; Dore Reyes, Mariela; Jiménez Gómez, Javier; Sánchez Galán, Alba; Vilanova Sánchez, Alejandra; Andrés Moreno, Ane; Encinas Hernández, José Luis; Martínez Martínez, Leopoldo; Gámez Arance, Manuel; Hernández Oliveros, Francisco; López Santamaría, Manuel

Hospital Universitario La Paz, Madrid. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: La obstrucción extrahepática de la vena porta (OEHP) es la causa más frecuente de la hipertensión portal en los niños. El objetivo de este estudio es analizar los resultados a largo plazo de la cirugía derivativa.

Métodos: Revisión retrospectiva de pacientes con OEHP a los que se ha realizado algún tipo de cirugía derivativa, analizando número de plaquetas, leucocitos, actividad de protrombina, esplenomegalia y hemorragia digestiva hasta 10 años después de la intervención.



Resultados: Se evaluaron 33 pacientes (64% varones) realizando en total 19 shunt mesoportales (Rex), 7 mesocavos, 7 esplenorrenales distales y 3 esplenorrenales proximales.

En todos los casos se obtuvo un aumento de plaquetas tras la intervención, siendo significativamente mayor a los 6 meses con el shunt de Rex ($p=0,0015$), que también se mostró superior en el mismo plazo para la recuperación de la actividad de protrombina ($p=0,0003$). Los niveles de leucocitos también aumentaron sin encontrarse diferencias significativas. El tamaño del bazo normalizado (SSAZ) disminuyó de manera significativa a los 6 meses en el shunt de Rex ($p=0,0168$).

Antes de la cirugía hasta el 94% de los pacientes presentaron algún episodio de hemorragia intestinal; tras la derivación, sin embargo, sólo hubo episodios de sangrado en 4 pacientes (12%).

Conclusiones: Las cirugías derivativas en la OEHVP, especialmente el shunt mesoportal de Rex, mejoran la función hepática (actividad de protrombina), el hiperesplenismo (recuento plaquetario, número de leucocitos y tamaño de bazo) y disminuyen los episodios de hemorragia digestiva.

710. ¿ABDOMEN AGUDO POR TUBERCULOSIS? UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE APENDICITIS

Fernández Bautista, Beatriz; Peláez, David; Burgos, Laura; De la Torre, Manuel; Ordoñez Pereira, Javier; Pérez Egido, Laura; Fanjul, María; García-Casillas, María Antonia; Cañizo, Agustín; Cerdá, Julio; Molina, Esther; De Agustín, Juan Carlos
Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. [Póster electrónico](#).

Objetivos: La tuberculosis gastrointestinal es poco frecuente, siendo la región ileocecal la zona más afectada. La incidencia de apendicitis tuberculosa es baja, siendo la causa más frecuente la diseminación hematogena.

El objetivo del trabajo es presentar el caso de un paciente con este diagnóstico a fin de mostrar las manifestaciones atípicas de esta enfermedad como causa de abdomen agudo.

Métodos: Varón de 7 años en tratamiento por tuberculosis pulmonar e intestinal desde hace 6 meses. En las ecografías en el momento del diagnóstico ya presentaba un apéndice engrosado que no producía síntomas digestivos.

El paciente acude por fiebre, vómitos, dolor abdominal agudo en fosa ilíaca derecha y empeoramiento progresivo del estado general. En la analítica sanguínea no presenta leucocitosis, pero sí aumento de proteína C reactiva.

La ecografía demuestra mayor engrosamiento apendicular acompañado de aumento de líquido libre, por lo que ante el empeoramiento clínico se decide realizar apendicectomía.

Resultados: Se realiza laparotomía donde se identifica apéndice de gran tamaño, inducido, con numerosas adenopatías que dificultan su identificación. Se extrae apéndice de 70x20cm, pétreo y granulomatoso, sin líquido purulento.

El postoperatorio resulta sin incidencias. Un mes después del alta el paciente se mantiene asintomático. En el estudio anatomopatológico se identificaron granulomas caseificantes que obstruían la luz apendicular.

Conclusiones: Los síntomas de la tuberculosis abdominal son inespecíficos y similares a los de otras enfermedades crónicas como la enfermedad de Crohn. Aunque es infrecuen-



te, la apendicitis aguda secundaria a obstrucción de los granulomas puede conducir a un cuadro de abdomen agudo que requiera intervención quirúrgica urgente.

711. SÍNDROME DE LA FISURA PALATINA ASOCIADA A SINEQUIAS PALATINAS LATERALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Leganes Villanueva, Carlos; Sierra Perilla, Nicolás; Fité-Trepal, Laia; Agell Sogbe, Adriana; Lain Fernández, Ana; Ezzeddine Ezzeddine, Mohamad; Munill Ferrer, Montserrat Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. [Póster electrónico](#).

Objetivos: Presentación de un caso de sinequia palatina asociado a fisura palatina describiendo el abordaje quirúrgico y seguimiento del mismo.

Métodos: Descripción del caso clínico y revisión de la literatura de la fisura palatina asociada a sinequia palatina. Se describen la clínica, diagnóstico, abordaje terapéutico, posibles complicaciones (intraoperatorias y postoperatorias) y seguimiento

Resultados: Paciente de sexo femenino de 6 meses de vida derivada a nuestro centro que se valora por secuencia Pierre-Robin y fisura palatina, sin otras malformaciones congénitas evidenciables. Clínicamente destacan el estancamiento pondoestatural, dificultad en la alimentación enteral y un episodio de bronquitis aguda.

En la exploración física se constata el Síndrome Pierre Robin con micrognatia, macroglosia y paladar hendido con una brida palatina a suelo de boca de lateralidad izquierda no descrita previamente. Como medidas terapéuticas la paciente fue portadora de sonda nasogástrica previa colocación de gastrostomía.

Se realiza liberación de brida desde su inserción caudal en suelo de boca con lateralidad izquierda. Se realiza palatoplastia modificada empleando el tejido blando como colgajo de rotación para reconstruir el paladar duro. El paladar blando es reconstruido con técnica habitual con incisiones en línea media y descargas laterales. Se confecciona la veloplastia intravelar radical según técnica de Sommerland con elevación de muscular.

Durante el seguimiento a los 4 meses de la intervención la paciente presenta correcta tolerancia oral y cavidad oral con buen aspecto.

Conclusiones: La sinequia palatina asociado a fisura palatina es un síndrome poco frecuente; la indicación quirúrgica es ampliamente aceptada, sin embargo, la técnica quirúrgica es controvertida en la literatura.

713. TRATAMIENTO DE LA MICROSOMÍA HEMIFACIAL EN PACIENTES CON FISURA LABIOPALATINA MEDIANTE DISTRACCIÓN OSTEOGÉNICA

Monsalve Iglesias, Fernando¹; Bullejos Martínez, Elena²; Román Ramos, María¹; Cariati, Paolo¹; Pérez de Perceval Tara, Miguel¹; Martínez Plaza, Adoración¹

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves. ²Hospital Universitario Gregorio Marañón.

[Póster electrónico](#).

Objetivos: La microsomía hemifacial incluye un grupo de anomalías del área de desarrollo de los dos primeros arcos branquiales. La incidencia es de 1/5600 nacidos vivos. La etiología es variable, aunque la mayoría son casos aislados. La deformidad afecta princi-



palmente al esqueleto facial (sobre todo a la mandíbula), muculatura facial, estructuras neuromusculares y oreja, desde hipoplasias leves hasta severas.

Métodos: Paciente de 17 años con microsomía hemifacial tipo IIa de Pruzansky al que se le practicó distracción simultánea maxilo-mandibular. Presentaba asimetría facial con plano oclusal inclinado pero manteniendo una oclusión estable. Una vez preparado el paciente con aparatología fija Multibrackets en ambas arcaadas, se le practicó osteotomía Le Fort I con disyunción pterigomaxilar y osteomía mandibular e inserción de un distractor de rama. Después del periodo de latencia, se colocaron elásticos intermaxilares y se inició la distracción. Se utilizó un modelo estereolitográfico para realizar la simulación de la cirugía y la colocación del distractor, facilitando así la intervención quirúrgica.

Resultados: Se obtuvo con éxito la elongación mandibular. El maxilar superior siguió la dirección de los cambios mandibulares, logrando un cambio tridimensional de elongación, rotación hacia la línea media y avance, manteniéndose la oclusión dentaria preoperatoria. La simetría facial mejoró con descenso del maxilar y horizontalización del plano oclusal

Conclusiones: La distracción maxilo-mandibular simultánea permite conseguir simetría facial mediante elongación ósea maxilo-mandibular y elongación de músculos, ligamentos, vasos, nervios y tejido adyacentes.

715. IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE TELEMEDICINA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Núñez, Bernardo; Brun, Nuria; Esteva, Clara; Pérez-Gaspar, Mireia; Santiago, Saioa; Álvarez, Natalia; Rojo, Raquel; Betancourth, Josué E
Corporació Sanitaria Parc Taulí Sabadell (Barcelona). **Póster electrónico.**

Objetivos: El propósito de este proyecto es proporcionar a hospitales de la provincia sin cirujano pediátrico presencial, un cirujano pediátrico consultor referente y una asistencia quirúrgica especializada mediante un Sistema de Telemedicina, los 7 días de la semana y disponible 24 horas.

Métodos: Se diseña y se implementa un servicio telemático de videoconferencia portátil entre un Hospital con Servicio de pediatría, sin cirugía pediátrica, y nuestro centro, y se recogen todas las videollamadas registradas, motivos de consulta y casos derivados para intervención entre enero de 2017 y Enero 2018. Los resultados, se comparan con las derivaciones de años anteriores (2012-2016).

Resultados: Durante este primer año, se han registrado 76 consultas telemáticas, de las cuales 36 han sido videollamadas (con el objetivo de mostrar al paciente o patología in situ, pruebas de imagen o resultados analíticos).

De esas 76 consultas, 54 pacientes fueron derivados a nuestro centro, de las cuales, 49 se intervinieron (64.4%). La media de derivaciones de otros años fue 45.8 (39-51) con un porcentaje de intervención quirúrgica del 58,3% (43-62%). Diferencias no significativas.

Conclusiones: Desde su implementación y conforme a su éxito, fueron aumentando las consultas telemáticas mes a mes. Se logró crear la figura de un cirujano no presencial referente, aumentó la satisfacción de los profesionales, mejoró la comunicación y transmisión de información, y la calidad asistencial.

Indirectamente se han evitado viajes, desplazamientos y costos innecesarios fundamentalmente a usuarios y profesionales. Disminuyeron los casos derivados a nuestro centro respecto a otros años pero aumentó el porcentaje de intervenciones (sin significancia estadística).

717. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE QUELOIDES CON BLEOMICINA INTRALESIONAL

Marañés Gálvez, Carolina; Díaz Moreno, Eloísa; Navarro Pardo, Juan Francisco; Fernández Dozagarat, Salvador
Hospital Torrecárdenas, Almería. **Póster electrónico.**

Objetivos: Los queloides y cicatrices hipertróficas son el resultado de un exceso de actividad fibroblástica durante la curación de la piel, caracterizado por un incremento en la producción de colágeno y glicosaminoglicanos. Suceden con más frecuencia en personas de razas con la piel más pigmentada. Las causas principales en la edad pediátrica son, la vacunación, las quemaduras y la cirugía. Nuestro objetivo, es presentar nuestros resultados en el tratamiento de los queloides con bleomicina.

Métodos: Presentamos 2 pacientes que sufren quemaduras de tercer grado por aceite hirviendo. El primero, varón, raza negra con lesión en mano derecha. Precisa autoinjerto de piel parcial en dorso y dedos. El segundo, niña, origen marroquí con lesión en antebrazo-mano derechas, hemicara izquierda y pequeñas lesiones en tórax y cuello. También precisa autoinjerto. Ambos evolucionan a la formación de cicatrices queloides, con compromiso estético y funcional. Se realizan micropunciones con bleomicina 1.5 UI/ml, bajo sedación. Se plantean las punciones cada dos semanas, pero variaron en función de la evolución. Se complementó el tratamiento con apósitos de silicona y presoterapia.

Resultados: En el primer caso se realizan 3 punciones, separadas por un mes debido a la formación de úlceras. En el segundo 5, punciones cada dos semanas. En ambos casos se consigue un aplanamiento, con importante mejoría estética y funcional, sin presentar complicaciones.

Conclusiones: El uso de la bleomicina intralesional, parece un tratamiento efectivo y seguro en el tratamiento de estas lesiones, en nuestra escasa experiencia, aunque no están estandarizadas ni la frecuencia ni la dosis de punción.

718. ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE QUEMADURAS EN LA EDAD PEDIÁTRICA QUE PRECISAN HOSPITALIZACIÓN EN NUESTRA PROVINCIA

Marañés Gálvez, Carolina; Armenteros López, Ana Isabel; Mañas Uxó, María Isabel; Díaz Moreno, Eloísa; Fernández Dozagarat, Salvador; Navarro Pardo, Juan Francisco
Hospital Torrecárdenas, Almería. **Póster electrónico.**

Objetivos: Las quemaduras son una causa importante de morbimortalidad infantil, constituyendo la tercera causa de muerte por accidente en menores de 14 años y la segunda en menores de 4. La mayoría ocurren en el ámbito doméstico. El aumento de población inmigrante con condiciones de vivienda deficientes, sus costumbres y el rol que ocupan los menores en el hogar, ha provocado un aumento en la incidencia de las quemaduras en



nuestro entorno. El objetivo es conocer las características de estos pacientes, prevalencia en la población inmigrante y si existen diferencias según el agente lesivo.

Métodos: Estudio descriptivo de pacientes ingresados por quemaduras en un hospital de tercer nivel desde Enero 2012 hasta Diciembre 2016.

Resultados: 72 niños ingresados por quemaduras en este periodo. Edad media: 3,3 años. Agente causal: químicos 6%, líquidos 76%, otros 18%. Raza: árabe 51%, caucásica 47%, asiática 2%. Profundidad: grado I 12,7%, grado IIa 60,6%, grado IIb 80,3%, grado III 35,2%. La superficie corporal media: 11%. Las zonas más prevalentes fueron: tronco anterior, antebrazos, miembros inferiores y cara.

Conclusiones: En nuestro medio, está aumentando constantemente el número de inmigrantes, encontrando una elevación de la incidencia de quemaduras graves entre esta población. La prevención es el método más eficaz para reducir la morbimortalidad infantil. Queremos llamar la atención a las autoridades sanitarias pertinentes para que se establezcan programas de prevención y educación sanitaria, tanto en Atención Primaria como en asociaciones relacionadas con estos colectivos, con el objetivo de reducir la incidencia y, por otro lado, el importante coste sanitario que supone.

721. EL VÓLVULO COLÓNICO: UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA EN EL PACIENTE NEUROLÓGICO GRAVE

Riba, Mireia; Bejarano, Miguel; Soria, Andrea; Martín, Alba; Saura, Laura; Tarrado, Xavier
Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: El vólvulo colónico es la torsión intestinal alrededor del propio mesenterio. Provoca isquemia, necrosis y perforación intestinal, con potencial riesgo de muerte. Es una causa infrecuente de oclusión intestinal. La afectación sigmoidea es la más habitual, seguida de la cecal y del colon transversal. Los factores de riesgo son la malrotación intestinal, la laparotomía previa, el estreñimiento y el trastorno neurológico de base.

Se presenta como un síndrome oclusivo. La radiografía abdominal objetiva dilatación de asas, niveles hidroaéreos y ausencia de aire distal. El enema con contraste muestra una falta de progresión. La TAC puede objetivar el signo del remolino mesentérico.

Métodos: Presentamos dos pacientes, de 5 y 10 años, con síndrome de Rett y Cornelia de Lange respectivamente. Acudieron a urgencias por mal estado general, náuseas y distensión abdominal. En ambos, la analítica mostró leucocitosis, PCR elevada y acidosis metabólica. La radiografía abdominal objetivó distensión de asas con imagen en grano de café.

Resultados: La laparotomía urgente evidenció, en el primer caso, un vólvulo de colon transversal con recuperación de asas tras la devolvulación. En el segundo, un vólvulo de ciego con asas intestinales necróticas desde íleon distal a ángulo esplénico, por lo que fueron necesarias la resección intestinal y ostomías.

Conclusiones: En el paciente neurológico, se debe sospechar el vólvulo de colon como causa de oclusión intestinal para su diagnóstico y tratamiento precoz.

722. PARCHE APLICADO PARA LA REPARACIÓN DE LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA

Vicario la Torre, Fran; Prat Ortells, Jordi; Muñoz Fernández, Elena; Castañón García-Alix, Montse

Sección de Neonatología, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: En los pacientes con hernia diafragmática que presentan un gran defecto o una agenesia diafragmática, hemos venido utilizando una modalidad de parche que llamamos plicado. Este parche consiste en una malla de Gore-Tex® con un pliegue central sobre sí mismo, con la finalidad de aumentar su superficie durante el crecimiento del paciente y disminuya el riesgo de reherniación. Presentamos nuestra experiencia.

Métodos: Desde el 2006 hemos colocado 18 parches plicados. En dos pacientes colocamos una grapa a cada lado del parche para demostrar la teórica expansión del parche.

Resultados: De los 18 pacientes, 17 sobrevivieron al periodo neonatal y siguen vivos. Ninguno de estos pacientes ha requerido reintervención ni ha presentado reherniación o dehiscencia del parche. En los dos pacientes cuyo parche estaba marcado con grapas no hemos objetivado ningún cambio en las grapas, tras más de 6 y 3 años de seguimiento, respectivamente.

Conclusiones: El parche plicado funciona. Sin embargo, no tenemos ninguna evidencia de que llegue a desplegarse tal y como estaba pensado que sucediera; más bien al contrario. Otros factores, como la forma que confiere la plicatura o que se suture bajo poca tensión, pueden haber explicado estos excelentes resultados.

723. LIPOBLASTOMA: FORMAS DE PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

Martín-Lluís, Alba; Carrasco, Rosalía; Vancells, Margarita; Moraleda, Inés; Mora, Jaume; Jou, Cristina; Krauel, Lucas

Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: El lipoblastoma es un tumor benigno e infrecuente con origen en las células adiposas embrionarias. Generalmente se diagnostica en menores de 3 años. Puede presentarse como una tumoración de rápido crecimiento, con compresión de estructuras o presentar una progresión lenta, generando mayor dificultad diagnóstica. El objetivo es revisar su espectro de presentación, manejo y evolución.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo entre 2002 y 2017 analizando todos los casos de lipoblastoma confirmados histológicamente. Se describe la clínica, localización, características en pruebas de imagen y resultados post-operatorios.

Resultados: Seis pacientes fueron intervenidos con una mediana de edad de 2.5 años (rango 2 meses - 14 años). Las localizaciones fueron: tórax (2), axila, mama y periné (2). En todos los pacientes se realizó prueba de imagen (ecografía, RMN o TC) previa a la cirugía. El tamaño de las piezas osciló entre 2.5 y 20cm. Los márgenes estaban afectos en 4 pacientes. Uno de los lipoblastomas torácicos recidivó a los 12 meses de la cirugía. La media de seguimiento es de 3.3 años.

Conclusiones: El lipoblastoma debe incluirse en el diagnóstico diferencial de tumoraciones de rápido crecimiento en la infancia. A pesar de ser más frecuente en menores de 3



años y en extremidades, no debe descartarse en pacientes de mayor edad y deben considerarse otras localizaciones menos frecuentes como el tórax. El tratamiento de elección es su resección completa, aunque los márgenes son difíciles de asegurar. El pronóstico es excelente pero el riesgo de recidiva es alto; por este motivo se recomienda un seguimiento prolongado.

725. RETIRADA DE RESERVIOS VENOSOS CENTRALES: DE LA CIRUGÍA AMBULATORIA A LA RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

Martín-Lluís, Alba; Siles, Alexander; Moraleda, Inés; Vancells, Margarita; Krauel, Lucas
Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: Los reservorios venosos centrales (RVC) son utilizados ampliamente para terapia prolongada intravenosa tanto en oncología pediátrica como en pacientes con enfermedades crónicas. A pesar de los claros beneficios que aportan en el manejo de estos pacientes, pueden implicar complicaciones potencialmente graves tanto en su colocación como en su retirada. El objetivo es identificar incidencias en la retirada de estos dispositivos.

Métodos: Estudio retrospectivo entre enero de 2016 y septiembre de 2017 de todos los procedimientos de retirada de RVC. Se identifican: diagnóstico de base, complicaciones durante el procedimiento y medio de resolución del problema.

Resultados: De 171 procedimientos, 6 presentaron incidencias. Los diagnósticos fueron: leucemia (2), histiocitosis (2), pinealoblastoma y neurofibromatosis. En 2 pacientes se logró la extracción del catéter realizando una segunda incisión a la altura de la entrada del catéter en la vena y liberando las adherencias. Los otros 4 pacientes precisaron de radiología intervencionista para su extracción. En 3 de los pacientes se logró retirar el catéter. En el cuarto paciente, tras varios intentos de extracción, persistían 5cm de catéter en vena subclavia que no se lograron desprender, por lo que se dejó el catéter in situ.

Conclusiones: La retirada de RVC no suele presentar problemas. Sin embargo, podemos encontrarnos con dificultades. La radiología intervencionista ha demostrado un papel fundamental en nuestra serie ofreciendo soluciones a las complicaciones surgidas. Son necesarios estudios multicéntricos para identificar factores de riesgo que nos orienten sobre qué pacientes pueden presentar dificultades en la retirada de RVC y crear guías de actuación para estos casos.

726. TUMOR DEL SACO VITELINO (TSV) EN TESTE INTRAABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

López López, Antonia Jesús; Tardáguila Calvo, Ana Rosa; Simal Badiola, Isabel; Fernández Jiménez, Inmaculada; De Diego García, Ernesto
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: Presentar un caso de tumor testicular intraperitoneal y las particularidades en su tratamiento. **Métodos:** Paciente de 2 años con hallazgo de masa abdominal en control rutinario por su Pediatra. Como antecedente destaca exploración quirúrgica inguinal al año por teste derecho no palpable, con hallazgo de restos del cordón, confirmado mediante biopsia.

Resultados: Se realizan ecografía y TC objetivando masa abdomino-pélvica, bien delimitada, de 8,5x6x6 cm, con calcificaciones y múltiples vasos, sin afectación linfática retroperitoneal ni pulmonar. Con la sospecha de tumor de células germinales se determinan marcadores tumorales (AFP: 50291ng/ml, BHCG <5 ng/ml, LDH 479 U/L). Se decide intervención quirúrgica para exéresis completa mediante laparotomía. El estudio anatómopatológico confirma el diagnóstico de Tumor germinal no seminomatoso de tipo TSV (puro), con necrosis e infiltración vasculo-linfática, identificándose tejido testicular. Para el estadiaje se consideró como un TSV extragonadal, dada su localización abdominal, correspondiendo a un estadio II por persistencia de AFP elevada tras cirugía. Se realizaron 6 ciclos de tratamiento quimioterápico JEB (Carboplatino, Etopósido y Bleomicina), con descenso progresivo de la AFP hasta su negativización. Actualmente se encuentra en seguimiento por Oncología en remisión completa.

Conclusiones: La asociación criptorquidia-cáncer testicular es bien conocida. En los testículos intraabdominales el riesgo es aún mayor, siendo crucial su descenso para poder explorarlos correctamente. El abordaje laparoscópico debería ser el elegido, ya que permite descartar la presencia de testículo, incluso ante el hallazgo de cordón espermático inguinal. En nuestro paciente no haber realizado este abordaje determinó un diagnóstico más tardío y un cambio en el estadiaje y manejo.

734. FIBRINÓLISIS CON UROQUINASA COMO PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN EMPIEMAS. ¿EXISTE ALGÚN FACTOR PRONÓSTICO PARA VATS INICIAL?

Martín Giménez, Marta Pilar; Laín, Ana; García Martínez, Laura; Giné, Carles; Guilén, Gabriela; Aguilera Pujabet, Montserrat; López Paredes, Manuel
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: El manejo del empiema pleural en pacientes pediátricos sigue siendo controvertido. Marhuenda et al. publicó en 2014 los resultados de un estudio multicéntrico, randomizado y prospectivo (2008-2010) comparando VATS vs fibrinolisis con uroquinasa (UK), concluyendo que no había diferencias entre ambos procedimientos. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de este protocolo e identificar los posibles factores de mal pronóstico que sugieran tratamiento inicial con VATS.

Métodos: Estudio retrospectivo (2011-2018) de pacientes tratados con el protocolo de drenaje torácico + 6 dosis de UK como primera línea de tratamiento llevado a cabo en un centro de tercer nivel. Se analizaron datos demográficos, complicaciones, necesidad de procedimiento quirúrgico secundario y posibles factores de mal pronóstico.

Resultados: Un total de 85 pacientes fueron tratados durante este periodo. La mediana de edad fue 4.8 años (2m-17a). Veintiún pacientes (24.7%) presentaron neumonía complicada (7 neumonías necrotizantes, 5 fístulas broncopulmonares, 9 derrames persistentes) pero solo 8 (9.4%) requirieron una segunda intervención realizadas todas ellas por toracoscopia. La media de estancia hospitalaria fue de 10 días (4-36). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a factores de mal pronóstico como comorbilidades, características ecográficas o cultivo microbiológico (regresión logística multivariable). No observamos complicaciones derivadas del uso de uroquinasa.



Conclusiones: En nuestra experiencia, el uso de fibrinolíticos sigue siendo la primera opción de tratamiento en caso del empiema pleural. El uso de VATS debe reservarse como tratamiento de segunda línea para pacientes con poca respuesta al tratamiento con UK o complicaciones.

735. PLEURODESIS CON SANGRE AUTÓLOGA EN EL TRATAMIENTO DE NEUMATOCELE PERSISTENTE

Díaz Moreno, Eloisa; Marañés Gálvez, Carolina; Jiménez Nogueira, Esperanza; Alonso Jiménez, Luis; Fernández Dozagarat, Salvador; López Candel, Eduardo
Complejo Hospitalario Torrecárdenas. **Póster electrónico.**

Objetivos: El neumatocele es un espacio lleno de gas, contenido dentro del parénquima pulmonar, de paredes delgadas, que puede ser único o múltiple. Los neumatoceles son frecuentemente de tipo postinfeccioso y muy característicos de la neumonía estafilocócica. La evolución suele ser la resolución espontánea, aunque en ocasiones hay complicaciones que obligan a realizar técnicas invasivas. Presentamos un caso de neumatocele persistente tratado con éxito mediante pleurodesis con sangre autóloga (PSA).

Métodos: Lactante de 15 meses con antecedente de neumonía necrotizante izquierda con derrame paraneumónico complicado. En el control radiológico realizado al mes de ser dado de alta, se evidencian neumatoceles que ocupan todo el hemitórax izquierdo, el mayor en LSI de 8x8 cm, con desplazamiento mediastínico.

Resultados: Ante el aumento del tamaño de los neumatoceles en controles radiológicos y, ante la sospecha de fístula broncopleural en el TAC torácico, se decide realizar PSA siguiendo los protocolos previamente descritos para el tratamiento de neumotórax persistente. A los 3 días de realizar la técnica, es necesario la recolocación del drenaje torácico, que se retira 4 días más tarde, tras comprobar radiológicamente la disminución del tamaño de los neumatoceles. El paciente es dado de alta, en controles radiológicos posteriores se objetiva la disminución y resolución de los neumatoceles.

Conclusiones: La pleurodesis con sangre autóloga (PSA) ha demostrado ser un tratamiento sencillo, barato, eficaz y seguro. Sin embargo, es necesaria la realización de estudios más amplios en la población pediátrica para recomendar su uso de forma rutinaria.

736. POLITRAUMATISMO CON LESIÓN AÓRTICA, BIPULMONAR Y HEPATORENAL

Leganés Villanueva, Carlos; Laín Fernández, Ana; Pérez Lafuente, Mercedes; Gander, Romy; Domínguez Sampedro, Pedro; Nuño, Charo; Pena López, Yolanda; Abella Anton, Raul; Renter, Luis; López Paredes, Manuel; Bueno Recio, Javier
Hospital Universitario Vall D'hebron, Barcelona. **Póster electrónico.**

Objetivos: Pese a que el trauma es la principal causa de muerte en los niños, existen pocos casos descritos sobre el tratamiento de la lesión aórtica traumática en pediatría.

Métodos: Paciente de 4 años precipitado de un cuarto piso derivado de otro centro con drenajes torácicos bilaterales por inestabilidad respiratoria y diagnóstico de pseudoaneurisma aórtico. TAC de tórax/abdomen muestra contusión pulmonar bilateral severa, neumotórax bilateral con neumomediastino, fracturas costales múltiples, un pseudoaneurisma de aorta torácica próximo a arteria subclavia izquierda, hematoma suprenal derecho, laceración hepática grado III y renal derecha de grado III, junto a un neumoperitoneo.

Resultados: A su llegada se encuentra hemodinámicamente estable pero inestable respiratoriamente. De forma multidisciplinar se descartó una cirugía cardíaca correctora, dada la complejidad y riesgo de sangrado incoercible de lesiones abdominales, colocando una endoprótesis cubierta autoexpandible aórtica de 12x38mm para control de la lesión aórtica y tras descartar sangrado activo se decide manejo conservador del resto de lesiones.

En UCIP, requiere ventilación de alta frecuencia con fuga aérea severa por ambos drenajes torácicos, y colocación de drenaje abdominal por neumoperitoneo para lograr una correcta oxigenación. Tras mejoría progresiva de las lesiones pulmonares se extuba al 12º día, siendo el tiempo de hospitalización total de 23 días. Después de 2 años de seguimiento realiza vida normal.

Conclusiones: El abordaje mínimamente invasivo endovascular del defecto aórtico fue efectivo, rápido y eficaz, permitiendo el tratamiento conservador del resto de las lesiones. Una corrección quirúrgica del defecto llevaba implícito el riesgo de sangrado abdominal masivo por efecto heparínico de la cirugía extracorpórea.

738. ESTENOSIS ESOFÁGICA SECUNDARIA A FERROPENIA

Cardenal Alonso-Allende, Teresa Mercedes; Valdivieso Castro, Marcela Pía; Tuduri Limousín, Íñigo; Oliver Llinares, Francisco José
Hospital Universitario Cruces, Baracaldo. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: Plantear el déficit de hierro y su tratamiento sustitutivo como posibles causa y solución de disfagia crónica y membranas esofágicas.

Métodos: Exponemos el caso de un niño con estenosis esofágica recidivante y disfagia crónica para sólidos que finalmente se logró resolver con hierro oral.

Resultados: Paciente de 6 años con historia de disfagia crónica para sólidos desde periodo de lactante, que es diagnosticado de estenosis esofágica secundaria a Reflujo Gastroesofágico. Tras la realización de funduplicatura de Nissen se detectó recidiva de la estenosis y persistencia de la disfagia a sólidos, siendo necesarias ocho dilataciones esofágicas.

Ante la facilidad de dilatación y la discrepancia entre la clínica disfágica y las endoscopias, se procedió a la búsqueda de una anemia ferropénica de larga evolución que se trató con hierro oral. Tras la corrección, sólo precisó una calibración esofágica con remisión progresiva de los síntomas. Actualmente el paciente es capaz de comer todo tipo de alimentos.

Conclusiones: La ferropenia es frecuente en pacientes con dieta láctea ya que dificulta su absorción, siendo habitual en niños. La tríada de disfagia, membranas esofágicas superiores y anemia ferropénica se denomina Síndrome de Plummer-Vinson. Es una entidad rara en niños pero a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las estenosis recidivantes, ya que su tratamiento inicial es el hierro oral.

A pesar de que nuestro paciente no cumplía exactamente criterios de dicho síndrome, el tratamiento de su ferropenia fue beneficioso. Queremos hacer hincapié en la búsqueda de ferropenia en pacientes con estenosis recidivante.



739. EVENTROPLASTIA ABDOMINAL CON TÉCNICA DE RIVES-STOPPA: RECONSTRUYENDO UN ABDOMEN

Molina Caballero, Ada¹; Pérez Martínez, Alberto¹; Aznal Sainz, Elena²; Castro Quiroga, Abdón³; Ayuso González, Lidia¹; Bardají Pascual, Carlos¹

¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Navarra. ²Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ³UCI Pediátrica. Complejo Hospitalario de Navarra. **Póster electrónico.**

Objetivos: La eventroplastia con malla retromuscular, preconizada por Rives y Stoppa, ha demostrado en adultos tener los mejores resultados en la reparación de las grandes eventraciones de la línea media. Presentamos un caso pediátrico complejo tratado exitosamente con esta técnica.

Métodos: Varón de 7 años afecto de mucopolisacaridosis e intervenido por un vólvulo intestinal secundario a una brida postherniorrafia umbilical que precisó resección intestinal y ostomía. Tras el cierre del estoma, presentó una eventración progresiva de la línea media. Los principios básicos de la corrección quirúrgica fueron: revisión de toda la cicatriz separando el saco herniario de las asas ileales, disección del plano retromuscular del músculo recto, reconstrucción de un primer plano mediante cierre del peritoneo y de la vaina posterior del recto, colocación de una malla de politetrafluoretileno sobre este plano y cierre sin tensión del recto y su vaina anterior reconstruyendo así la línea media.

Resultados: Tras la cirugía se mantuvo intubado y bajo relajación muscular durante 10 días. A las 24h postoperatorias presentó un hematoma subcutáneo que precisó exploración-drenaje en quirófano. Tras 6 meses de seguimiento no ha presentado recidiva de la eventración.

Conclusiones: La técnica de Rives-Stoppa implica una reconstrucción más anatómica, en varios planos y con cierre de la musculatura en la línea media; consideramos que puede ser una alternativa útil y versátil en el tratamiento de las eventraciones pediátricas.

741. DIAGNÓSTICO NEONATAL DE DUPLICACIÓN ESOFÁGICA TUBULAR.

Stout-Dore, Charlotte; Jurado Tabares, María; Hernández del Arco, Sara; Argos Rodríguez, María Dolores; Pérez Rodríguez, Juan; Díaz Diñero, María
Hospital Materno Infantil de Málaga. **Póster electrónico.**

Objetivos: La duplicación gastrointestinal es una anomalía congénita rara que puede afectar a cualquier tramo del tracto digestivo. La duplicación esofágica tiene una incidencia estimada de 1:8200, predominando en varones. Su forma mas frecuente es la quística, seguido de la forma tubular. La bibliografía actual recomienda la exéresis del bolsón accesorio por la tendencia al sangrado y a la malignización en la edad adulta. Nuestro objetivo es la presentación de un caso clínico de duplicación esofágica de diagnóstico neonatal.

Métodos: Recién nacido varón con distrés respiratorio al nacimiento, se intenta colocar sonda nasogástrica sin éxito, observando en la radiografía un "stop" en tercio medio esofágico, por lo que ingresa en unidad de neonatología con sospecha de atresia de esófago. Se observa alteración en la anatomía glótica, por lo que se decide administrar contraste vía oral observándose una duplicidad esofágica tipo tubular. Posteriormente se realiza fibrobroncoscopia en la que se observan dos orificios de entrada esofágica, no permitiendo ninguno el paso del



fibrobroncoscopio, intentándose colocación de sonda nasogástrica sin éxito, por lo que se decide realizar gastrostomía tipo Stamm, priorizando la alimentación del neonato.

Resultados: El paciente evoluciona favorablemente con alimentación por gastrostomía. A los dos meses, tras comprobar tolerancia oral adecuada, se retira gastrostomía. Actualmente se encuentra asintomático, en seguimiento en consulta y pendiente de completar estudio para planteamiento quirúrgico. **Conclusiones:** En cualquier anomalía congénita de diagnóstico neonatal y que no comprometa la vida del paciente, creemos que es importante priorizar las necesidades básicas del paciente antes de plantear la corrección definitiva.

748. EPU Y RVU: ¿ESTÁ JUSTIFICADO EL SCREENING PREOPERATORIO?

Tejerina López, Rodrigo; Ibáñez Cerrato, Fernando; Martínez Villamandos, Alfonso; Recober Montilla, Antonio; Miele Cerchar, Moises; Primelles Díaz, Arbelio HRU, Málaga. [Póster electrónico](#).

Objetivos: La estenosis de la unión pieloureteral y el reflujo vesicoureteral son dos de las patologías más prevalentes dentro de la Urología Pediátrica. La concomitancia entre ambas ha sido descrita de forma profusa en la literatura, dando pie a un debate acerca del screening rutinario de RVU en pacientes afectados de estenosis de la unión pieloureteral. El objetivo de nuestro estudio es analizar la incidencia de dicha concomitancia en nuestros últimos pacientes y compararla con la literatura.

Métodos: Búsqueda retrospectiva de los pacientes intervenidos de EPU en los tres últimos años en nuestro centro (n=29), incluyendo hidronefrosis unilateral aislada.

Resultados: Del total de pacientes incluidos (28), se realizó screening de VUP en 18 casos (11 CUMS, 7 Ecocistografías). En los 10 casos restantes no se realizó ninguna prueba adicional. 1 de los 18 casos presentó RVU (Derecho, II-III) lo que constituye un 5,55% del total. A todos los pacientes se le realizó la pieloplastia desmembrada de Anderson-Hynes (5 abiertas, 17,85% y 23 laparoscópicas, 82,14%).

Clásicamente se ha reportado en la literatura la baja incidencia del RVU asociado a la EPU (Weitz: 8,8%; El Sheemy et al: 5,2%; Hubertus et al: 7,3%), coincidiendo la mayoría de los autores en que la realización del CUMS debería limitarse a pacientes seleccionados (ureterohidronefrosis, bilateralidad, sospecha de patología asociada)

Conclusiones: La baja incidencia del RVU asociado a EPU (5,55%), justifica la realización del CUMS preoperatorio solo a pacientes seleccionados.

749. ANOMALÍA ESCROTAL COMPLEJA: ESCROTO ACCESORIO

Tejerina López, Rodrigo; Jurado Tabares, María; Stout-Dore, Charlotte Summer; Ibáñez Cerrato, Fernando; Miele Cerchar, Moises; Primelles Díaz, Arbelio HRU Málaga. [Póster electrónico](#).

Objetivos: El escroto accesorio es una anomalía congénita poco frecuente, con 43 casos reportados en la literatura hasta 2015.



La mayoría (72,5%), asocian tumoración perineal, compatible con lipoma en la mayoría de los casos. Esta patología puede acompañarse de otras malformaciones genitourinarias, anorrectales y esqueléticas (VATER/VACTERL) que es importante descartar.

Actualmente, la teoría embriológica se encuentra en debate, siendo la más aceptada la migración y división aberrante de los pliegues labioescrotales. El principal objetivo del tratamiento quirúrgico es estético.

Métodos: Paciente varón de 1 año sin antecedentes previos que acude a nuestra consulta refiriendo malformación compleja a nivel genital.

La exploración evidencia un apéndice cutáneo a nivel escrotal, compatible con escroto accesorio, lipoma en región perineal, transposición penoescrotal y duplicidad de frenillo prepuccial y rafe medio, con hendidura glandar caudal.

La RMN preoperatoria realizada para valorar la extensión del lipoma informa de la presencia de una lesión que se origina en raíz de pene y desciende situándose a la izquierda de la bolsa escrotal, compatible con un lipoma de 4 x 2 x 4,3 cm. Durante la intervención quirúrgica, se realiza sección de ambos frenillos y ortoplastia, con escisión del escroto accesorio y lipoma, que abarcaba desde la base del pene al esfínter anal.

Resultados: La evolución postoperatoria fue buena, con resultado estético aceptable, la anatomía patológica confirmó la presencia de tejido escrotal sin tejido testicular ectópico y lipoma perineal. Conclusiones: El escroto accesorio es una patología infrecuente con 43 casos reportados en la literatura. Presentamos un caso acontecido en nuestro centro.

750. EL SOBREPESO COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL PROLAPSO URETRAL EN NIÑAS: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Arboleda Bustan, Jenny Elizabeth¹; Martín Sole, Oriol²; Pérez Bértoloz, Sonia²; García Aparicio, Luis²; Soria, Andrea³; Martín Ll, Alba²

¹Hospital San Joan de Deu, Barcelona. ²Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona. ³Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona. **Póster electrónico.**

Objetivos: Determinar si el sobrepeso es un factor de riesgo para prolapso uretral.

Métodos: Estudio de casos y controles, tomando como casos todas las pacientes intervenidas de prolapso uretral desde 1992 a 2017 en nuestro centro, y seleccionando tres controles por cada caso, intervenidas de apendicectomía en nuestro centro, apareadas por edad con los casos. Se recogió el peso durante el ingreso y se calculó el percentil de peso según las tablas de la OMS. Se compararon las medias del percentil de peso entre ambos grupos, los porcentajes de pacientes con percentil superior al p50 y se calculó la Odds Ratio (OR) para un percentil superior a p50.

Resultados: Se intervinieron 5 pacientes de prolapso uretral y se seleccionaron 15 controles apareados por edad (media 6,3 vs 6,2 años, $p=0,827$). El percentil de peso en los casos tendió a ser superior a los controles (media $p72\pm 18$ vs $p48\pm 32$, $p=0,12$). Todas las pacientes del grupo control tuvieron un percentil por encima del p50, frente a un 47% del grupo control ($p=0,035$), con una OR corregida de 12,5 (IC 95%: 1,2-265,1).



Conclusiones: Los casos tendieron a presentar un percentil de peso más elevado que los controles. El riesgo de tener sobrepeso en los casos fue 12,5 veces superior que en los controles. El sobrepeso actúa como factor de riesgo en los prolapso de uretra en niñas.

751. MANEJO DE LOS QUISTES DE OVARIO DE DIAGNÓSTICO PRENATAL

Larreina de la Fuente, Leire; González Temprano, Nerea; Villalón Ferrero, Flor; Etxart Lopetegi, Eider; Ramos García, José Luis; Chocarro Amatriain, Gloria; Urbistondo Galarraga, Alexander Hospital Universitario Donostia. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: Presentamos nuestra experiencia ante los quiste de ovario de diagnóstico prenatal y su manejo.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, de quistes de ovario diagnosticados prenatalmente. Diferenciamos dos grupos; el grupo A representa a pacientes en seguimiento con tratamiento conservador (2013 - 2017) y en el grupo B incluimos pacientes que precisaron intervención (2000 - 2017). Analizamos las ecografías, indicación y hallazgos quirúrgicos, y evolución posterior.

Resultados: En el grupo A incluimos 12 pacientes, 9 quistes simples en ecografías prenatales (tamaño medio 4,3cm) y 3 quistes complicados (tamaño medio 4,1cm). El tiempo de seguimiento fue de 8,3 meses, corroborándose una tasa de desaparición del 100%. En el grupo B incluimos 7 pacientes. Las indicaciones quirúrgicas fueron: quiste mayor de 5 cm, aumento de tamaño progresivo y signos de complicación en ecografías seriadas. La edad media de intervención fue de 3,8 meses (14 días de vida - 9 meses) y el tamaño medio de los quistes intervenidos fue de 4,9 cm (3,2cm - 8cm). Se utilizó abordaje mínimamente invasivo en el 71% de los casos, 3 laparoscopias y 2 PAAF ecoguiadas. La tasa de pérdida anexial observada ha sido del 57%, destacando el hallazgo intraoperatorio de 3 autoamputaciones ováricas.

Conclusiones: Los quistes de ovario de diagnóstico prenatal requieren un exhaustivo seguimiento postnatal, dada la posibilidad de pérdida anexial. Abogamos por el abordaje mínimamente invasivo como primera opción terapéutica, puesto que no existe riesgo de malignidad y nos aporta una excelente visión global de la pelvis.

752. FÍSTULA ARTERIOVENOSA RENAL POSTRAUMÁTICA

Tejerina López, Rodrigo; Stout-Dore, Charlotte Summer; Almendro García, Laura; Recober Montilla, Antonio; Ibáñez Cerrato, Fernando; Argos Rodríguez, María Dolores HRU Málaga. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: El riñón es el órgano más frecuentemente afectado en el traumatismo abdominal. El origen de la mayoría de fístulas arteriovenosas en este órgano es iatrogénico.

La causa postraumática es muy infrecuente, especialmente en niños, sin embargo, debe ser tenida en cuenta en la evolución posterior del traumatismo abdominal, dado el riesgo de morbilidad que presenta. Presentamos un caso acontecido en nuestro centro.

Métodos: Paciente de 9 años de edad que acude a Urgencias tras caída accidental de la cama. Refería dolor en fosa renal derecha y hematuria, sin evidenciar coágulos en bolsa de diuresis ni inestabilidad hemodinámica.



La ecografía inicial muestra contusión y hematoma parenquimatoso. Presentó controles de hemoglobina mantenidos y situación hemodinámica estable, ingresando para manejo conservador. Evolución satisfactoria, con hemauria autolimitada como única incidencia. En ecografía de control en día 14 se evidenció fistula arteriovenosa en región perihiliar. Actualmente, se encuentra en seguimiento en consultas Externas.

Resultados: La FAV renal es una patología poco frecuente, adquirida en el 75% de los casos. La mayoría son iatrogénicas, mientras que un 10% se deben a traumatismo abdominal (con frecuencia asociadas a heridas penetrantes). El curso de esta patología abarca desde pacientes asintomáticos a hematuria (incluso masiva), soplo intraabdominal o insuficiencia cardíaca o renal.

El tratamiento de la misma mediante embolización de la lesión está indicado en casos de hematuria refractaria, hipertensión o insuficiencia cardíaca o renal.

Conclusiones: La FAV se trata de una Urgencia Urológica poco frecuente, siendo el tratamiento inicial conservador y embolización de la misma en caso de sintomatología.

753. PAPEL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES TESTICULARES

Tejerina López, Rodrigo; Ibáñez Cerrato, Fernando; Martínez Villamandos, Alfonso; Stout-Dore, Charlotte Summer; Recober Montilla, Antonio; Argos Rodríguez, María Dolores HRU, Málaga. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: Las lesiones testiculares, son un cuadro frecuente en la edad pediátrica, siendo las malformaciones vasculares a dicho nivel lesiones muy poco frecuentes.

Presentamos el caso de un niño con un hallazgo incidental de una tumoración intratesticular.

Métodos: Varón de 10 años, sin antecedentes de interés que acude a Urgencias tras traumatismo testicular derecho. Se realizó eco-doppler para descartar torsión, objetivando una lesión nodular sólida, hipoeoica, de 3,6x2,3 mm., de localización intratesticular y muy vascularizada. Reinterrogado, no refería sintomatología previa ni síndrome constitucional, siendo la exploración física normal. Una nueva eco-doppler mostró alteraciones del flujo vascular a nivel lesional compatibles con malformación arteriovenosa, recomendando radiología completar estudio con RMN.

Se extrajeron marcadores tumorales (alfa-fetoproteína y B-HCG) normales. Eventualmente la RMN confirmó el diagnóstico de sospecha de MAV testicular.

Resultados: La malformación arteriovenosa testicular es una de las lesiones a dicho nivel más infrecuentes, siendo reportada la mayor parte de las veces como hallazgo casual tras realizar una exploración radiológica por dicho motivo.

El empleo de la RMN como apoyo al diagnóstico ecográfico en lesiones testiculares, no suele ser necesario, sin embargo, podemos comprobar que en ciertos casos de duda diagnóstica puede aportar datos esclarecedores sobre la estirpe lesional.



Conclusiones: El empleo de la RMN en algunas lesiones testiculares es útil para la filiación de las mismas.

757. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL URETEROCELE: ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

Redondo Sedano, Jesús Vicente; Tordable Ojeda, Cristina; Carrillo Arroyo, Isabel; Cabezalí Barbancho, Daniel; Aneiros Castro, Belén; Melero Guardia, Leonor; Martín Alelu, Rubén; Gómez Fraile, Andrés

Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: La punción endoscópica de los ureteroceles obstructivos constituye una forma poco invasiva de tratamiento que algunos autores defienden como primera línea de actuación. Nuestro objetivo es analizar la evolución de las unidades renales correspondientes a los ureteroceles tratados mediante punción endoscópica en nuestro servicio.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes con diagnóstico de ureteroceles y renograma obstructivo, tratados endoscópicamente entre 2001 y 2017.

Resultados: El estudio incluye 22 pacientes con ureteroceles (12 varones). 2 casos presentaron afectación bilateral, por lo que el total de unidades renales afectas fue de 24, tratándose 22 (91,6%) mediante punción endoscópica (mediana de edad: 8 meses; rango 1- 24 meses). 16 casos (72,7%) se asociaron a sistema dúplex. Tras la intervención, la obstrucción quedó resuelta en 19 pacientes (90,9%). Respecto a la función renal, 6 unidades (27,3%) presentaron anulación funcional del hemirriñón afecto, llevándose a cabo una heminefrectomía, y 15 (68,2%) mantuvieron estable la función diferencial. Se ha perdido el seguimiento de uno de los pacientes. La ecografía ha demostrado mejoría de la dilatación pielocalicial en el 41% de las unidades intervenidas. Se ha detectado reflujo vesico-ureteral de nueva aparición en el lado afecto en 3 pacientes.

Conclusiones: La punción endoscópica resuelve la obstrucción de las unidades renales afectas por ureterocel en un alto porcentaje de casos. Es necesario el seguimiento de la función diferencial, ya que en ocasiones puede anularse el hemirriñón afecto y requerir una heminefrectomía como tratamiento definitivo.

759. HERNIA HIATAL CON ESTÓMAGO INTRATORÁCICO EN UN NEONATO CON SÍNDROME DE MARFAN

Martos-Rodríguez, Marta; Giné Prades, Carles; García Martínez, Laura; Laín Fernández, Ana; Martín Giménez, Marta Pilar; Barila Lompe, Patricia; López Paredes, Manuel

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: El síndrome de Marfan neonatal es una forma poco común que supone una expresión clínica temprana de la enfermedad y conlleva un mal pronóstico debido, principalmente, a anomalías cardiovasculares. Describimos un caso de hernia hiatal con estómago intratorácico como presentación rara de esta entidad en un niño.

Métodos: Un lactante de un mes de vida con sospecha de síndrome de Marfan neonatal debido a una historia familiar sugestiva fue remitido a nuestro centro con clínica de vómitos y fallo de medro y con una imagen de estómago intratorácico en el estudio con



contraste. Presentaba leve dilatación de la aorta ascendente, sin síntomas cardiovasculares. Se realizó la reducción laparoscópica del estómago y parte del colon herniados a través del hiato esofágico y una funduplicatura tipo Nissen-Rossetti tomando especial precaución en el cierre del hiato.

Resultados: El postoperatorio cursó sin incidencias y fue remitido a domicilio al tercer día postoperatorio. En el estudio con contraste al mes de la cirugía se detectó una discreta migración de la funduplicatura. El paciente se mantiene asintomático hasta la fecha, por lo que no se ha indicado corrección quirúrgica.

Conclusiones: La hernia hiatal con estómago intratorácico es una complicación potencialmente grave en niños con enfermedades del tejido conectivo y supone un riesgo de vólvulo gástrico que puede comprometer la vida del paciente. Es importante realizar un diagnóstico precoz y ofrecer un tratamiento quirúrgico. Es altamente recomendable realizar un seguimiento estrecho de estos pacientes debido al riesgo de recurrencia temprana.

766. EMBOLIZACIÓN PREOPERATORIA DEL TERATOMA SACROCOCCÍGEO GIGANTE: UNA BUENA OPCIÓN PARA EVITAR LA HEMORRAGIA MASIVA

Esteva Miró, Clara¹; Brun Lozano, Núria¹; Santiago Martínez, Saioa¹; Rojo Díez, Raquel¹; Álvarez García, Natalia¹; Pérez-Gaspar, Mireia¹; Betancourth Alvarenga, Josué Eduardo¹; Guitart Giménez, Josép²; Falcó Fages, Joan²; Núñez García, Bernardo¹

¹Servicio de Cirugía Pediátrica, Corporació Sanitària Parc Taulí. ²Servicio de Radiología Intervencionista, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: Los teratomas sacrococcígeos gigantes (TSC) en neonatos tienen alto riesgo de ruptura tumoral, sangrado masivo y hemólisis. Éste disminuye con la ligadura de la arteria sacra media; su irrigación principal. Nuestro objetivo es presentar la embolización preoperatoria de dicha arteria mediante radiología intervencionista para el control del sangrado y para facilitar la cirugía.

Métodos: Neonato varón con TSC gigante tipo 2 detectado por ecografía y confirmado por RMN a las 20 SG. Se realizó cesárea a las 35 SG por polihidramnios y RPM. Peso al nacimiento: 4030g, sin distrés respiratorio. El TSC presentó ulceraciones superficiales. A las 10 horas de vida: arteriografía por arteria carótida izquierda con guía 4Fr para embolizar la arteria sacra media hipertrofica mediante espuma de espongotan y microcoils.

Resultados: A las 30 horas de vida: exéresis completa del TSC (18cm, 1569g) con mínima pérdida sanguínea (hemoglobina 8,4g/dL). La cirugía duró 135 minutos. Se administraron 80mL hematíes, 40mL plaquetas, 60mg tranexámico y 280mg fibrinógeno. No hubo complicaciones cardíacas, respiratorias, intrabdominales ni daño cerebral hipóxico-isquémico. Se inició nutrición enteral a las 24 horas. Se evidenció nefrotoxicidad por contraste, resuelta satisfactoriamente con fluidoterapia.

Resultado anatomopatológico: TSC maduro benigno con áreas inmaduras. Alta domiciliaria a las 4 semanas.

Conclusiones: Los TSC gigantes tienen alto riesgo de fallo cardíaco y muerte perinatal. La embolización radiológica precoz de la arteria sacra media es una opción excelente para dismi-

nir la nutrición vascular al tumor, previniendo sangrados y mejorando la seguridad de la cirugía, reduciendo a la vez los requerimientos de sangre y las complicaciones perioperatorias.

- 777. REDUCCIÓN MANUAL DE INVAGINACIÓN ILEOCOLICA IDIOPÁTICA ECOASISTENCIA**
Pradillos Serna, José María¹; Fuentes Carretero, Sara¹; Ardela Diez, Erick¹; L. Vazquez, José²
¹CAULE, León. ²Hospital Universitario de Vigo. **Póster electrónico.**

Objetivos: La invaginación intestinal es una enfermedad grave, la principal causa de obstrucción intestinal en menores de 2 años. Una porción del tubo digestivo se introduce en un segmento inmediatamente distal a él. Provocando edema, congestión y necrosis.

Ocurre en menores de un año (peak entre los 3-9 meses). Más frecuente sexo masculino 60-70%. Suele producirse en la región ileocólica; menos frecuentemente cecocólica y ileales. La mayoría idiopáticos, en 2-8% hay alteraciones anatómicas, más frecuente divertículo de Meckel, especialmente en mayores de 2 años y adultos.

La intervención quirúrgica es poco frecuente, el tratamiento standard es enema (de aire o medio líquido) Presentamos un nuevo, simple, seguro y efectivo manejo

Métodos: La reducción manual externa se realiza bajo sedación. Maniobras seriadas durante 10-15 minutos consiguiéndose la reducción. Se realizó en 6 niños con cabeza de invaginación ileocolica en colon transversal (por ecografía), sin datos de perforación.

Resultados: Se consigue reducción manual externa en 5 y 1 se consigue reducir hasta ciego (reducción parcial), seguido de enema medio líquido. No se requirió intervención quirúrgica en ninguno de los casos.

Conclusiones: La invaginación intestinal es un cuadro de alta relevancia clínica no sólo por el grado de sospecha que requiere su diagnóstico, sino por las consecuencias que derivan del manejo inadecuado, presentando una mortalidad global de hasta 6%. La reducción manual externa es segura, fácil, estandarizable y efectiva. Libre de radiación. Podría incorporarse como primera línea de tratamiento en la reducción de la invaginación.

- 778. LINFANGIOMA QUÍSTICO: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO**
Pradillos Serna, José María; Fuentes Carretero, Sara; Ardela Díaz, Erick
CAULE, León. **Póster electrónico.**

Objetivos: El linfangioma quístico es un tumor benigno. Clínica inespecífica. Intrabdominal poco frecuente. Excepcionalmente puede degenerar a sarcoma de bajo grado o adenocarcinoma. Presentamos dos casos con debut de abdomen agudo

Métodos: CASO CLÍNICO: 1.Niña de 6 años, fiebre, dolor abdominal, vómitos y malestar general de 12 h de evolución. Exploración física: masa palpable y dolorosa en FID. Empeoramiento brusco del estado general, defensa abdominal. Analíticas: PCR 91 mg/l; 21700 leucocitos (89 % neutrófilos;13 % mielocitos; 2% metamielocitos). Rx abdominal: opacificación del hemiabdomen derecho. Ecografía: líquido libre, masa complicada en FID. Intervención: Colección quística en raíz mesentérica a 5cm de válvula con contenido líquido seropurulento, compatible con tumoración quística infectada. Histopatología: linfangioma quístico.



2. Niño de 7 años, fiebre de 39°C, vómitos, distensión abdominal y masa palpable en mesogastrio de 10 cm, Analíticas: PCR 130 mg/l; 28700 leucocitos (89 % neutrófilos; cayados 4%). Rx abdomen: obstrucción. Ecografía: líquido libre, masa de paredes finas en meso-hipogastrio. Intervención: masa quística en raíz mesentérica a 10cm válvula con obstrucción. Histopatología: linfangioma quístico

Resultados: Resultado histopatológico en ambos casos linfangioma quístico

Conclusiones: Los linfangiomas quísticos son formaciones quísticas, multiloculares, de superficie interna lisa endotelial y contenido líquido claro, quiloso e incluso hemorrágico. Localización abdominal 2-8%. Las manifestaciones clínicas suelen ser inespecifica, dependen de su tamaño, localización, complicaciones y la presión sobre estructuras vecinas.

Diagnóstico suele ser casual, durante una exploración ecográfica rutinaria o en un acto quirúrgico de otros cuadros como apendicitis o torsión de ovario. Infrecuentemente como sobreinfección en forma de sepsis-peritonitis.

782. FASCITIS NECROTIZANTE ASOCIADO A SÍNDROME COMPARTIMENTAL. A PRO- PÓSITO DE UN CASO

Martín, Rubén; Marti, Eunat; Rico, Clara; Delgado, Dolores; Melero, Leonor; Carrillo, Isabel; Aneiros, Belen; Redondo, Jesus; Merino, Lara; Gómez, Andrés
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. [Póster electrónico](#).

Objetivos: Presentar un caso de fascitis necrotizante (FN) en la infancia como origen de un síndrome compartimental y revisión de la literatura.

Métodos: Describimos el caso de una paciente de 6 años que ingresó por cuadro de celulitis en antebrazo con signos de rascado asociado a fiebre elevada. Presentaba una mácula negruzca que a las pocas horas aumentó rápidamente de tamaño asociando una flictena hemorrágica y dolor intenso de la zona inflamada, así como a la movilización pasiva de los dedos de la mano.

Resultados: Se realizó analítica con CPK que fue normal y ecografía y TC del miembro mostrando inflamación y edema en tejido subcutáneo y compartimentos musculares en tercio distal del brazo, antebrazo y muñeca. Debido a alta sospecha de fascitis necrotizante y síndrome compartimental se realizó fasciotomía del miembro y desbridamiento quirúrgico, con necesidad de soporte hemodinámico posterior en UVIP. El estudio microbiológico aisló *Streptococcus pyogenes*, siendo el patógeno más frecuentemente encontrado en la literatura. El postoperatorio cursó de forma favorable.

Conclusiones: La FN es un cuadro severo de infección caracterizado por una necrosis de rápida extensión de la fascia y tejido subcutáneo. La localización más frecuente en niños es la pared abdominal, seguida del glúteo, área cervicofacial y extremidades. Cuando se localiza en una extremidad, como en nuestro paciente, puede asociar un síndrome compartimental, provocando los signos de esta entidad. La elevada morbilidad y mortalidad de la FN puede descender con un tratamiento precoz, consistente en un desbridamiento quirúrgico urgente seguido de tratamiento médico en una unidad cuidados intensivos.



784. LIPOBLASTOMA MEDIASTÍNICO, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Crehuet Gramatyka, David; Gómez Chacón, Javier; Cortés Sáez, Jotge; Marco Macián, Alfredo; Miró Rubio, Ignacio; Mínguez Gómez, Antonia; Vila Carbó, Juan José
Hospital Universitario y politécnico la Fe, Valencia. **Póster electrónico.**

Objetivos: Las masas mediastínicas son tumores relativamente infrecuentes en la edad pediátrica, siendo el compartimento anterior el más frecuentemente afectado.

El objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia en el manejo de una masa mediastínica de presentación infrecuente y revisar la literatura.

Métodos: Estudio descriptivo de paciente de 3 años con lipoblastoma. Revisión bibliográfica en Pubmed con los términos MeSH de “lipoblastoma” y “pediatrics”.

Resultados: Paciente de 3 años con lesión mediastínica anterior descubierta de forma incidental. Ante los hallazgos de las pruebas iniciales (Radiografía y Tomografía de tórax) se realizó biopsia y resonancia magnética con el diagnóstico probable de teratoma maduro. La lesión fue extirpada en su totalidad mediante toracotomía sin incidencias intra ni postoperatorias. El diagnóstico final anatomopatológico fue de lipoblastoma sin atipias. Tras un periodo de seguimiento de 2 meses no se han presentado recidivas ni otras complicaciones.

En la búsqueda bibliográfica se obtuvieron 23 resultados, se analizaron 8 artículos correspondientes a casos clínicos de pacientes pediátricos con lipoblastoma

Conclusiones: Los lipoblastomas son masas infrecuentes en la edad pediátrica, suelen localizarse en extremidades inferiores como localización más frecuente. Tienen un comportamiento benigno con tendencia a la recidiva local. El tratamiento recomendado es la exéresis completa no mutilante.

786. TUMORES TESTICULARES PRIMARIOS EN EDAD PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Guillén Redondo, Pilar; Luis Huertas, Ana; De Lucio Rodríguez, Marta; Garcés Visier, Cristina; Souto Romero, Henar; Espinoza Vega, Manuel; Espinosa Góngora, Rocío; Cortés Gómez, María José; Ollero Fresno, Juan Carlos
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid. **Póster electrónico.**

Objetivos: Revisión del patrón epidemiológico, espectro clínico e histopatológico, de los tumores testiculares tratados en nuestro centro, así como nuestra experiencia en su tratamiento y evolución.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes con tumores testiculares primarios tratados en nuestro centro durante el periodo 2000-2017. Registro de datos demográficos, clínicos, analíticos y radiológicos; y sobre la evolución y tratamientos aplicados.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes, con una mediana de edad de 13 años (r:1-17). La ecografía inicial fue diagnóstica para tumor testicular en 17/22 (81%). En todos los pacientes se realizó orquiectomía como tratamiento inicial, que confirmó el diagnóstico histopatológico de: 10/22 (45%) tumores germinales (6 mixtos, 3 de seno endo-



dérmico, 1 carcinoma embrionario), 2/22 tumores de Leydig, 6/22 rabdomiosarcomas paratesticulares y 4/22 teratomas. Se clasificaron como estadio I: 13/18 tumores malignos (7 germinales, 2 rabdomiosarcomas, 2 Leydig); y como estadio III: 5/18 casos (3 germinales, 2 rabdomiosarcomas); todos ellos con metástasis pulmonares, y 3 con infiltración de ganglios retroperitoneales. 13/18 pacientes recibieron quimioterapia adyuvante, sumada a linfadenectomía retroperitoneal en un caso y a metastasectomía pulmonar en dos.

Continúan en remisión 20/22 pacientes, con una mediana de seguimiento de 49 meses; uno con metástasis falleció a los 7 meses del diagnóstico, y otro en recaída continuó seguimiento en otro.

Conclusiones: Confirmamos el buen pronóstico global de los tumores testiculares, que habitualmente no requieren tratamientos quirúrgicos de rescate debido a su buena respuesta a quimioterapia.

Nuestra serie no sigue el patrón histopatológico descrito, observando mayor prevalencia de rabdomiosarcomas y ausencia de tumores seminomatosos.

788. CURETAJE PARA EL TRATAMIENTO DE ADENITIS POR MICOBACTERIAS EN LOCALIZACIÓN

Fuentes, Sara; Pradillos Serna, José María; Ardelá Díaz, Erick; Andrés Andrés, Ana Gloria; Nebreda, Teresa

CAU de León. [Póster electrónico](#).

Objetivos: El tratamiento quirúrgico de la adenitis por micobacterias es eficaz y resolutivo acortando los tiempos hasta la curación frente al tratamiento convencional o la vigilancia. No obstante en determinadas localizaciones conlleva un riesgo de afectación de ramas del nervio facial. Presentamos un caso de adenitis por micobacteria preauricular extensa tratado de manera satisfactoria mediante curetaje.

Métodos: Revisión de caso clínico.

Resultados: Niña de 5 años acude a nuestro centro por presencia de conglomerado adenopático preauricular de un mes de evolución. A la exploración presentaba masa preauricular con piel subyacente eritematosa, fluctuante y de consistencia gomosa. Ante el riesgo inminente de escrófula, la extensión y la localización de la lesión, se decide curetaje bajo sedación. Mediante incisión milimétrica por piel sana se evacúa todo el contenido del conglomerado adenopático obteniendo restos necróticos. La niña evoluciona favorablemente. Recibe tratamiento complementario con azitromicina. Las adenopatías desaparecen quedando únicamente una mínima zona eritematosa en piel.

Conclusiones: A pesar de que la exéresis quirúrgica de la adenitis por micobacterias es el tratamiento de elección, el curetaje puede tener un papel en casos seleccionados, ya que permite evitar la escrófula y en ocasiones la cirugía en áreas extensas o de localización comprometida con buenos resultados a largo plazo.

798. PRESENCIA DE QUILO EN CANAL INGUINAL EN PACIENTE INTERVENIDO POR ESCROTO AGUDO

Hernandez Díaz, Carlos¹; Montero García, Jacobo¹; Muguerza Vellibre, Rosa¹; Ortega Escudero, Marta¹; Galvañ Felix, Yaiza¹; Ruiz Hierro, Cristina¹; Gutiérrez Dueñas, José Manuel¹; Valencia Ramos, Juan²

¹Hospital Universitario de Burgos. Servicio de Cirugía Pediátrica. ²Hospital Universitario de Burgos. Servicio de Pediatría. **Póster electrónico.**

Objetivos: Presentamos caso clínico de paciente intervenido por cuadro de escroto agudo en el que se evidenció líquido de aspecto quiloso en canal inguinal procedente de cavidad abdominal.

Métodos: Varón de 37 días de vida, antecedente de cólicos del lactante, trasladado por sospecha de hernia inguinal izquierda incarcerada. Cuadro de 4 horas de evolución de irritabilidad, rechazo de las tomas y aumento súbito del volumen escrotal bilateral. En urgencias se redujo tumoración inguinal izquierda con persistencia de afectación del estado general y dolor a la palpación testicular izquierda.

Resultados: Ante la persistencia de clínica de escroto agudo, se realizó exploración de canal inguinal izquierdo encontrando conducto peritoneo-vaginal permeable con salida de líquido blanquecino-lechoso, teste izquierdo con datos de isquemia y agenesia de deferente. Se realizó laparotomía exploradora evidenciando gran cantidad de líquido blanquecino intrabdominal, malrotación intestinal con bandas de Ladd y linfangiectasia intestinal. Se realizó procedimiento de Ladd y herniotomía sin incidencias.

Se inicio nutrición parenteral total y 72 horas después, nutrición enteral con leche materna y fórmula con triglicéridos de cadena media presentando tolerancia y tránsito intestinal normales. Se dio de alta al 9º día con misma pauta de alimentación.

Conclusiones: La ascitis quilosa es un hallazgo poco común y se suele asociar con hernia inguinal incarcerada, malrotación intestinal, quistes mesentéricos y malformaciones linfáticas intrabdominales.

La presencia de quilo en canal inguinal podría ser indicación de exploración quirúrgica abdominal, ya que el tratamiento etiológico de la ascitis quilosa es curativo en la mayoría de los casos.

803. FIABILIDAD DEL SCORE DE PASTOR PARA LA ENTEROCOLITIS ASOCIADA A ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG: DESDE LA OPINIÓN DE EXPERTOS A LA PRÁCTICA CLÍNICA

Dore, Mariela; Triana, Paloma; Vilanova, Alejandra; Gómez-Cervantes, Manuel; Nava, Borja; Andrés, Ane; Barrera, Saturnino; Martínez-Martínez, Leopoldo; López-Santamaría, Manuel Hospital Universitario La Paz, Madrid. **Póster electrónico.**

Objetivos: No existe una definición consensuada de Enterocolitis Asociada a Enfermedad de Hirschsprung (EAEH), por lo que su incidencia es variable. En el 2009, un panel de expertos propuso un score clínico para clasificar la EAEH y así homogenizar su diagnóstico y tratamiento. Nuestro objetivo fue describir dichos episodios y establecer su gravedad según el Score de Pastor.



Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con EAEH ingresados entre 2000-2016. Se analizaron datos demográficos, momento y tipo de descenso o reconstrucción del tránsito intestinal. Se calculó el Score de Pastor, siendo >10 la puntuación considerada diagnóstica de EAEH. Se calculó la correlación de Pearson.

Resultados: De los 93 pacientes tratados por EH, 21 (22,6%) presentaron 50 episodios de EAEH [mediana 2 episodios (1-5)] durante un seguimiento de 8,3^a (2-15,6). El síntoma más frecuente fue diarrea maloliente (43/50) y explosiva (30/50), la exploración física demostró distensión abdominal (38/50) y fiebre (30/50). En la radiografía de abdomen se identificaron asas dilatadas (41/50) y ausencia de gas distal (40/50). El tratamiento consistió en antibioterapia (47/50), reposo enteral (46/50) y sondajes rectales (37/50) durante una media de 7+/-1 días. El Score de Pastor fue 9+/-3; tan solo el 50% superaba el criterio de >10 . El coeficiente de correlación de Pearson del Score de Pastor para estancia hospitalaria y requerimiento antibiótico fue $r=0.3$ y $r=0.4$ respectivamente.

Conclusiones: Aunque no existen criterios diagnósticos estandarizados para la EAEH, el Score de Pastor se correlaciona con la gravedad del mismo. Sin embargo, un criterio restrictivo(?10) puede fracasar en identificar los casos leves.

805. COLONOSCOPIA COMO PARTE DEL ARSENAL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Ortolá, Paula; Fonseca, Rosa; Crehuet, David; Gutiérrez, Carlos; Barrios, José Enrique; Donat, Ester; Vila, Juan José

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. [Póster electrónico](#).

Objetivos: La colonoscopia es realizada actualmente en la mayoría de centros por el Digestólogo, bien infantil o de adultos. En las últimas décadas se ha visto incrementada su utilización en el diagnóstico y tratamiento de pacientes pediátricos con patología del tracto digestivo bajo y cada vez son necesarios más especialistas formados en dicha técnica.

Analizamos y describimos las características de las colonoscopias realizadas en nuestro centro por parte del servicio de Cirugía Pediátrica.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye todos los pacientes sometidos a colonoscopia en nuestro centro entre 2003 y 2016. Análisis de las características clínicas y los hallazgos endoscópicos, así como de la evolución de los pacientes.

Resultados: Se realizaron 197 colonoscopias a 148 pacientes, siendo la Enfermedad Inflamatoria intestinal (EII) y la hemorragia digestiva baja (HDB) las indicaciones más frecuentes. Otros diagnósticos fueron poliposis adenomatosa familiar (PAF), diarrea crónica o inmunodepresión. El estudio se completó con ileoscopia en 45 ocasiones (23%) y gastroscopia en 67 (34%). La edad mediana en el momento de la realización de la primera colonoscopia fue de 8.8 años (rango 0.2-15.9). No hubo ninguna complicación derivada de este procedimiento.

Conclusiones: La colonoscopia es una técnica cada vez más empleada en el paciente pediátrico. Dada la experiencia del Cirujano Pediátrico en el manejo de otras técnicas endoscópicas (digestiva alta, endourológica, endotraqueal) consideramos que la colonoscopia debería formar parte de su arsenal diagnóstico y terapéutico.

806. EVOLUCIÓN DE LA HIDRONEFROSIS DETECTADA PRENATALMENTE

Montero García, Jacobo; Hernández Díaz, Carlos; Galvañ Félix, Yaiza; Ortega Escudero, Marta; Ruiz Hierro, Cristina; Mugerza Vellibre, Rosa; Gutiérrez Dueñas, José Manuel
Hospital Universitario de Burgos. **Póster electrónico.**

Objetivos: Determinar la evolución de los pacientes con diagnóstico de dilatación pie-lo-calicial en el periodo prenatal.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes diagnosticados de hidronefrosis prenatal en nuestro centro desde 2012 hasta 2017. Se excluyeron pacientes con diagnóstico postnatal de patología renal. La hidronefrosis se clasificó como resolución intrauterina, resolución espontánea, mejoría o estabilidad.

Resultados: Se detectaron 49 recién nacidos con dilatación del tracto urinario, de los cuales 11 se excluyeron por presentar patología renal. 38 pacientes (55 unidades renales) cumplieron criterios de inclusión, cuyo diagnóstico prenatal se realizó a una edad media de 22 semanas de gestación. La mayoría de los casos (82%) presentaban una hidronefrosis de bajo grado (I-II) y el 18% de alto grado (III-V). En 6 pacientes se solicitaron estudios de imagen adicionales.

La hidronefrosis en 26 unidades renales (47%) se resolvió antes del nacimiento. Las 29 unidades restantes presentaron hidronefrosis persistente, de las cuales el 79% eran de bajo grado y el 21% de alto grado. Tras un periodo de seguimiento medio de 20 meses, 19 unidades renales mostraron resolución espontánea (35%), 3 mejoría de la dilatación (5%) y 7 se mantuvieron estables (13%).

Conclusiones: La mayoría de las hidronefrosis prenatales son transitorias y su resolución espontánea se observó en el 35% de las unidades renales durante los 3 primeros años de vida. El 47% se resolvió en el periodo prenatal. La dilatación del tracto urinario persistió en el 53% de los casos durante el periodo postnatal, lo que justifica su evaluación ecográfica.

807. TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO TRAQUEAL EN EL ADOLESCENTE

Valdivieso Castro, Marcela; Tuduri Limousin, Iñigo; Cardenal Alonso-Allende, Teresa Mercedes; Álvarez Martínez, Luana; Oliver Llinares, Francisco José
Hospital Universitario de Cruces, Baracaldo. **Póster electrónico.**

Objetivos: El Tumor Miofibroblástico Inflamatorio (TMI) corresponde al 20% tumores primarios pulmonares en la infancia. La Localización más frecuente es a nivel pulmonar con compromiso traqueo-bronquial en el 6,7% de los casos y localización limitada a la tráquea al 2,7%. Es un Tumor benigno, aunque se han descrito casos de recidiva, degeneración maligna y enfermedad metastásica.

Métodos: Caso clínico de TMI traqueal con su iconografía.

Resultados: Varón de 12 años con antecedente de asma de difícil control que presenta empeoramiento clínico en los últimos dos meses. El TC de tórax evidencia lesión nodular polipoide endotraqueal que condiciona estenosis significativa de la misma a nivel D3. Se decide biopsia escisional con broncoscopia rígida con cauterización de pedículo mediante láser diodo.



La anatomía patológica diagnostica un TMI con histoquímica positiva para actina de músculo liso y ALK1, con un índice proliferativo K167 del 8%. Tras el diagnóstico patológico se decide revisión mediante traqueoscopia rígida con fulguración mediante el láser diodo del remanente pedicular.

Tras los procedimientos, evoluciona clínicamente de forma favorable con espirometría de control normal y retirada progresiva de medicación del asma.

En controles de FBC (2º y 8º mes) no se aprecian signos de recidiva.

Conclusiones: Ante un asma de difícil control se debe plantear una prueba de imagen para descartar patologías orgánicas.

Dado su comportamiento benigno, el TMI traqueal se puede manejar inicialmente con resecciones mediante láser, reservando la resección traqueal para casos de recidiva.

810. ESTUDIO DE SATISFACCIÓN EN ADOLESCENTES CON GINECOMASTIA TRAS LA REDUCCIÓN MAMARIA

Serradilla, Javier; Bueno-Jiménez, Alba; Miguel, Miriam; Fernández Pascual, Esaú; Triana Junco, Paloma; Jiménez, Javier; Díaz, Mercedes; López Gutiérrez, Juan Carlos
Hospital Universitario La Paz, Madrid. **Póster electrónico.**

Objetivos: La ginecomastia tiene una prevalencia de hasta el 65% en adolescentes. Aunque regresa espontáneamente en la mayoría, puede persistir causando trastornos de la imagen corporal. La cirugía es un tratamiento válido para estos casos. Nuestro objetivo es evaluar el impacto de la misma en la autoimagen de los pacientes y su satisfacción postoperatoria general.

Métodos: Se contactó con sesenta adolescentes (12-18 años) que se sometieron a una reducción mamaria entre 2010-2017 y se les pidió que completaran online un cuestionario anónimo (una versión abreviada del cuestionario de Nuss para malformaciones torácicas). Consiste en 15 preguntas específicas sobre la autopercepción, la autoestima pre y postoperatoria y la satisfacción general con los resultados quirúrgicos.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 63% (38). Treinta y dos pacientes (84%) mejoraron su autopercepción después de la cirugía. Veintiocho (74%) reflejaron cambios en su vida social, pudiendo enfrentar situaciones sociales que anteriormente evitaban. Hubo un alto nivel de satisfacción postoperatoria: comparando con la autoestima preoperatoria, los pacientes mostraron una mejora de 4 puntos ([1-9], $p < 0.001$) en una escala de diez. Solo ocho adolescentes (21%) informaron estar descontentos con las cicatrices. No obstante, hasta treinta y seis (95%) se someterían a la cirugía nuevamente.

Conclusiones: La reducción mamaria es un tratamiento efectivo que muestra altos niveles de satisfacción postoperatoria pues mejora significativamente la autoestima de los pacientes. Nuestra versión modificada del cuestionario Nuss demostró ser de utilidad para la realización de dichas valoraciones. Por lo tanto, se debe ofrecer tratamiento quirúrgico a todos los adolescentes con ginecomastia sintomática.



811. BLASTOMA PELUROPULMONAR QUÍSTICO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PACIENTE CON NEUMOTORAX

Lara Cárdenas, Diana Carolina; Fernández García, Laura; Barnes Marañón, Sarah; Molnar, Agnes; Pontón Marino, Belén; Pérez Costoya, Cristina; Gómez Farpón, Ángela; Álvarez Muñoz, Víctor

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: Describir el caso de una paciente en edad pediátrica con Blastoma pleuropulmonar tipo I, su diagnóstico y tratamiento.

Métodos: El BPP es un tumor maligno con una incidencia excepcional de la edad pediátrica, motivo por el cual se recogieron datos de la historia clínica de una paciente con Blastoma pleuropulmonar derivada inicialmente por sospecha de neumotorax, desde su ingreso en Hospital de referencia hasta su seguimiento ambulatorio.

Resultados: Paciente de 4 meses sin antecedentes respiratorios, ni dificultad respiratoria derivada a nuestro servicio por sibilancias, allí realizan rx de tórax objetivando imagen sugestiva de neumotorax derecho con desviación mediastínica por lo que colocan tubo de torax sin salida de aire ni mejoría de imagen radiológica. Al ingreso a nuestro servicio se realiza TC torácica donde se identifican formaciones quísticas de gran tamaño en Lóbulo superior derecho que condiciona atelectasia de lóbulo medio y comprime lóbulo inferior; informado como enfisema lobar congénito vs MAQ. Con estos hallazgos se decide realizar toracotomía posterolateral derecha visualizando gran masa quística que ocupa todo el hemitorax derecho y compromete espacio mediastínico; se realiza resección apreciándose su origen en lóbulo medio, el postoperatorio cursa sin incidencias se retira tubo de torax al 5to día y se da el alta a los 7 días, el resultado de anatomía patológica es compatible con Blastoma pleuropulmonar quístico; es seguida en conjunto con oncología pediátrica con controles trimestrales con RX y TC persistiendo asintomática y sin alteración radiológica.

Conclusiones: El BPP es infrecuente y se llega al diagnóstico tras sospechar patologías más frecuentes en la edad pediátrica.

813. NUESTRA EXPERIENCIA CON EL BLASTOMA PLEUROPULMONAR PEDIÁTRICO

Pérez-Gaspar, Mireia; Esteva, Clara; Brun, Nuria; Betancourth, Josué E.; Rojo, Raquel; Álvarez, Natalia; Santiago, Saioa; Núñez, Bernardo

Corporació Sanitaria Parc Taulí Sabadell (Barcelona). [Póster electrónico.](#)

Objetivos: El blastoma pleuropulmonar (BPP) es un tumor primario pulmonar maligno excepcional y de muy mal pronóstico, que ocurre sobre todo en menores de 5-6 años.

Su diagnóstico habitualmente es incidental, en el contexto de una neumonía y confundiendo fundamentalmente con lesiones pulmonares malformativas congénitas. Existen descritas 3 variantes: BPP quístico, mixto y sólido. Su tratamiento de elección es quirúrgico, seguido de quimioterapia agresiva.

Métodos: Presentamos dos pacientes de 2 y 5 años que, en ambos casos, en el contexto de neumonía, en radiografía pulmonar se objetiva una lesión pulmonar en lóbulo inferior derecho que la TC pulmonar informó de quiste broncogénico en uno, y de masa tumoral en otro.



Los dos pacientes fueron intervenidos sin incidencias. La histopatología dió el resultado definitivo de BPP.

Resultados: Actualmente han pasado más de 3 años en ambos casos.

El paciente de 5 años tuvo metástasis cerebrales. El otro paciente de 2 años al diagnóstico, actualmente está libre de enfermedad, si bien ambos continúan con tratamiento quimioterápico.

Conclusiones: Ante una imagen pulmonar que no cumpla bien con los parámetros de neumonía en la radiografía, se debe solicitar una prueba de imagen complementaria, siendo la TC y/o la RM, los métodos que más rápidamente permiten aproximarse a un diagnóstico etiológico.

En ocasiones no es hasta el resultado histopatológico que se alcanza el diagnóstico certero, pudiendo ser éste tumoral y con tan mal pronóstico como el BPP, por lo que creemos que es un motivo más para insistir en el tratamiento quirúrgico de toda lesión pulmonar en niños.

818. PECTUS EXCAVATUM: VARIACIONES ANATÓMICAS SEGÚN LA POSICIÓN DEL PACIENTE

Serradilla, Javier; Bueno, Alba; Fernández Pascual, Esaú; Alonso Gamarra, Eduardo; Encinas, José Luis; Bret Zurita, Montserrat; Martínez Martínez, Leopoldo; López Santamaría, Manuel; de la Torre, Carlos Andrés

Hospital Universitario La Paz, Madrid. [Póster electrónico](#).

Objetivos: El pectus excavatum (PE) es la deformidad más frecuente de la pared torácica. Nuestro objetivo es estudiar si se producen cambios de la anatomía esternal en estos pacientes cuando pasan de estar erguidos a estar en decúbito supino.

Métodos: Se comparó la anatomía del esternón en la resonancia magnética (decúbito) y en la radiografía lateral (bipedestación) de los pacientes con PE tratados entre 2014-2017, incluyendo únicamente aquellas pruebas en inspiración. Se midieron las distancias (mm) desde el mayor hundimiento óseo hasta la columna vertebral, la angulación del esternón y el nivel de la columna vertebral donde se producía el mayor hundimiento.

Resultados: De los 35 pacientes atendidos, 10 (13 años, [8-15]) presentaban pruebas de imagen comparables. La distancia del punto de mayor hundimiento a la columna vertebral fue significativamente mayor en la radiografía lateral (12 mm, IC 1.08-23.92, $p < 0.05$). Se observó también que el punto de mayor hundimiento tiende a ser más alto ($p < 0.05$) y que el ángulo esternal formado es ligeramente mayor (3.42° , IC 1.60-6.24, $p < 0.05$) en la radiografía lateral.

Conclusiones: La posición del paciente varía la anatomía del PE. En nuestro estudio, el punto de mayor hundimiento se situó más alto y más alejado de la columna vertebral cuando el paciente estaba de pie en comparación a cuando estaba tumbado. Estos hallazgos deben tenerse en cuenta a la hora de planificar la colocación de barras de Nuss y en el seguimiento de los pacientes tratados.



821. ESPLENECTOMÍA EN ESFEROCITOSIS HEREDITARIA. ¿EL TAMAÑO ESPLÉNICO IMPORTA?

Ortolá, Paula; Carazo, M^a Elena; Ibáñez, Vicente; Rodríguez, Lucía; Sangüesa, Cinta; Vila, Juan José

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. [Póster electrónico](#).

Objetivos: La esplenectomía laparoscópica es el tratamiento quirúrgico de elección en pacientes con esferocitosis hereditaria (EH). Existe controversia en caso de esplenomegalia masiva (EM), aunque la mayoría de grupos defienden que es una técnica segura y factible también en estos casos. Nuestro objetivo es determinar la influencia del tamaño esplénico en el abordaje quirúrgico laparoscópico.

Métodos: Estudio retrospectivo de las esplenectomías laparoscópicas realizadas en EH entre 2010-2017. El tamaño esplénico se calculó con la fórmula del elipsoide prolato ($0,524 \times \text{longitud} \times \text{anchura} \times \text{grosor}$) y se definió EM como peso esplénico >500g. Se estudiaron dos grupos: pacientes con EM y sin ella. Las variables principales fueron: tiempo quirúrgico (TQ), conversión a cirugía abierta (CCA), perforación capsular (PC) y hemorragia importante (HI). Se estableció correlación entre las variables continuas mediante la prueba de Pearson. La comparación entre variables discretas fue con χ^2 .

Resultados: Se realizaron 26 esplenectomías laparoscópicas. 6 pacientes (23,1%) tenían EH moderada y 20 (76,9%) grave. 8 casos (30,8%) presentaban EM y 18 (69,2%) no. La mediana de TQ fue 255 minutos (IQR 200-340). Al correlacionarlo con el tamaño esplénico se obtuvo $R^2=0,121$ ($p=0,096$). Se produjo PC en 3 bazos, 2 (11%) en el grupo sin EM y 1 (12,5%) en el grupo con EM; ($\chi^2=0,011$, $p=0,92$). No se registraron CCA ni HI.

Conclusiones: En nuestra serie, el tamaño esplénico no influye en el porcentaje de complicaciones ni el TQ en las esplenectomías laparoscópicas. La EM no parece, por tanto, un factor determinante para contraindicar la intervención por esta vía.

826. MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE LA VÍA AÉREA: PRESENTACIÓN INFRECUENTE

Tejerina López, Rodrigo; Jurado Tabares, María; Martínez Villamandos, Alfonso; García Ceballos, Ana; Parrado Villodres, Rafael; Primelles Díaz, Arbelio

HRU Málaga. [Póster electrónico](#).

Objetivos: La MCVAP constituye la malformación congénita pulmonar más frecuente, debiendo realizarse el diagnóstico diferencial con el enfisema lobar congénito, la hernia diafragmática y el secuestro pulmonar entre otros. Presentamos un caso tratado en nuestro centro, de presentación atípica.

Métodos: Paciente de 10 años remitida a nuestro centro tras detectar hipoventilación global en hemitórax izquierdo en el contexto de una infección enteral. Como antecedente previo, refería episodios ocasionales de bronquiolititis con sibilancias transitorios. Se realiza Angio-TC que muestra alteración del lóbulo inferior izquierdo, con hiperinsuflación del mismo y compresión de lóbulo superior, desviando mediastino. Así mismo se evidencian áreas quísticas de entre 1mm y 7cm, sin componente sólido. La espirometría reveló un patrón restrictivo y la broncoscopia estenosis y compresión extrínseca del bronquio dependiente del LII, así como desplazamiento de los bronquios adyacentes.



Se procedió a lobectomía inferior izquierda programada, cursando el postoperatorio sin complicaciones. La AP posterior reveló una MCVAP tipo IV

Resultados: Tradicionalmente denominada Malformación Adenomatosa Quística (MAQ), ha pasado a conocerse como Malformación Congénita de la Vía Aérea Pulmonar (MCVAP) debido a que no todos los casos presentan quistes.

Dentro de las MCVAP, la menos frecuente es la tipo IV de Stocker, con afectación alveolar. La presentación típica es en el periodo neonatal, siendo menos frecuente el diagnóstico tardío en el contexto de otros cuadros como la neumonía o síntomas respiratorios.

Conclusiones: Presentamos un caso atípico de MCVAP, con hallazgo casual en el contexto de una infección enteral.

La MCVAP tipo IV de Stocker es la menos frecuente de las mismas.

827. SÍNDROME DE COSTILLA DESLIZANTE SERIE DE 4 CASOS CLÍNICOS

Nava Hurtado de Saracho, Francisco de Borja; Alvarez-Barrial, María; Delgado, Carlos; Muñoz, Antonio Jesús; Serradilla, Javier; Bret Zurita, Montserrat; Encinas, José Luis; Martínez Martínez, Leopoldo; López SantaMaría, Manuel; de la Torre, Carlos Andrés Hospital Universitario La Paz, Madrid. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: El Síndrome de Costilla Deslizante (SCD) es una entidad poco frecuente en niños. Se cree que su causa es una debilidad en los ligamentos costales que permite una hiper movilidad de las costillas. Genera un dolor intermitente en la región baja del tórax o alta del abdomen que puede afectar a las actividades de la vida diaria o generar un dolor crónico.

Métodos: Serie de casos retrospectivos de SCD entre octubre 2012 y diciembre 2017. Se recogió información acerca de los datos demográficos, síntomas, estudios de imagen, hallazgos intraoperatorios, material fotográfico y seguimiento a largo plazo.

Resultados: Durante este periodo, 4 pacientes (2h/2m) fueron diagnosticados de SCD. La mediana de edad al diagnóstico fue de 13 años [12-15] con una duración previa de los síntomas de 13 meses [12-36]. En 2 pacientes se asoció una Dismorfia Costal (DC). El diagnóstico fue clínico con confirmación ecográfica. Se realizó resección de los cartílagos afectados en 3 pacientes con un seguimiento posterior de 6m [3-30]. Actualmente se encuentran sin dolor y con un resultado estético satisfactorio. Un paciente rechazó la intervención.

Conclusiones: El SCD aparece en pacientes preadolescentes que en algunos casos asocian Dismorfia costal. Una exploración física con ecografía enfocada son las claves para un diagnóstico certero. La resección de cartílagos es efectiva a largo plazo.

830. FACTORES PREDICTORES DE LA EVOLUCIÓN EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ATRESIA DE VÍAS BILIARES EXTRAHEPÁTICA MEDIANTE PORTOENTEROSTOMÍA DE KASAI

Jurado Tabares, María; Almendro García, Laura; Díaz Diñeiro, María; Hernández Del Arco, Sara; Argos Rodríguez, María Dolores; Pérez Rodríguez, Juan Hospital Regional Universitario de Málaga. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: La portoenterostomía de Kasai, únicamente consigue drenaje biliar en aproximadamente un 60%. Sólo un 20% llega a edad adulta con su hígado nativo, y una gran



parte de ellos con complicaciones hepáticas. Presentamos los pacientes intervenidos en nuestro centro en los últimos 3 años, relacionando los factores pre e intraquirúrgicos con la evolución postquirúrgica.

Métodos: Revisión de pacientes intervenidos entre 2015-2017 analizando edad media de la intervención, longitud de la Y de Roux, relacionándolos con establecimiento del flujo biliar, colangitis y necesidad de trasplante.

Resultados: Se han realizado 6 portoenterostomías con edad media a la intervención de 66 días. Dos han presentado colangitis, con edad media de 56 días en la cirugía, en ambas se ha realizado anastomosis portoentérica a 30 cm e intestinal a 45. Tres han necesitado trasplante con edad de cirugía superior a 63 días y con longitud de anastomosis en una paciente de 10-30 y en las otras dos 30-45. El flujo biliar no se estableció en dos pacientes, con edad de cirugía superior a 84 días y longitud de anastomosis de 10-30 y 30-45.

Conclusiones: No hemos conseguido establecer relación entre los factores estudiados y el riesgo de colangitis, aunque sí entre el retraso en la edad de cirugía, la necesidad de trasplante y el establecimiento del flujo biliar. La longitud de realización de la anastomosis, no guarda relación con el riesgo de colangitis, la necesidad de trasplante ni la ausencia de flujo biliar.

832. MELENA AGUDA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: GIST INTESTINAL ATÍPICO

Sanchis Blanco, Georgina; Calleja Aguayo, Elena; Muñoz Miguelsanz, María de los Angeles; Perri, Luciano; Salinas Sanz, José Antonio; Amengual Antich, Isabel; Marhuenda Irastorza, Claudia

Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca. [Póster electrónico](#).

Objetivos: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) pediátricos son raros. Se caracterizan por ser de tipo epitelioides, no presentar mutaciones en los genes cKIT o PDGFRA, localizarse con más frecuencia en estómago y tener predominancia en niñas. Presentamos el caso de un tumor GIST intestinal que no cumple estas características.

Métodos: Niño de 11 años que consultó por cuadro presincopeal y melenas. Ausencia de dolor abdominal u otra sintomatología. A la exploración destacaba palidez cutánea y anemia con Hb 7.9 g/dl. La ecografía, TC y RMN identificaron una tumoración sólida lobulada de 4,5 cm de diámetro mayor, hipervasculada, dependiente de íleon medio con afectación intraluminal.

Se intervino, encontrándose una masa pediculada dura, lobulada, con vasos anómalos en superficie, que se originaba de la pared antimesentérica del íleon proximal-medio. Se realizó resección intestinal y anastomosis término-terminal sin incidencias.

Resultados: El estudio anatomopatológico concluyó que se trataba de un tumor GIST de tipo fusocelular, índice mitótico 4/50 CGA, estadio T3. Genéticamente se detectó la presencia de cKIT mutado en el exon 11 y ausencia de mutación del gen PDGFRA, todo ello compatible con el tipo histológico típico del adulto. Los márgenes quirúrgicos fueron libres.

Conclusiones: El tumor del paciente cumplía criterios de GIST tipo adulto, con riesgo intermedio de recidiva. Dada la mutación del cKIT y siguiendo las guías clínicas se re-



comendó tratamiento adyuvante con Imatinib durante 3 años y controles con TC/RMN. Como este caso pone de manifiesto, es fundamental para el adecuado tratamiento de los tumores GIST el estudio genético de las mutaciones asociadas.

833. TRATAMIENTO ENDOUROLÓGICO DEL PÓLIPO DE URETRA POSTERIOR

Alcaraz Jiménez, Pedro José; Gallego Mellado, Natalia; Kuan Arguello, María Esmeralda; González Piñera, Jerónimo
Hospital General Universitario De Alicante. [Póster electrónico](#).

Objetivos: El pólipo de uretra posterior es una patología infrecuente y benigna que puede ser diagnosticada en la infancia. Por lo general, se presenta con síntomas de obstrucción urinaria baja o hematuria. La resección quirúrgica suele ser el tratamiento definitivo. Presentamos 2 casos de pólipos de uretra posterior tratados con abordaje endourológico.

Métodos: Paciente 1. Varón de 7 años con síntomas de obstrucción urinaria baja, ecográficamente se visualiza un tumor de 5 mm adyacente a la próstata. Paciente 2. Varón de 20 meses con infección del tracto urinario, la ecografía abdominal mostró ureterohidronefrosis bilateral y un tumor de 8x6 mm en el cuello vesical.

Resultados: En ambos casos, se realizó abordaje cistoscópico visualizándose un pólipo que se originaba desde de la porción craneal del verumontanum. En el primer caso, se realizó exéresis con un resectoscopio de 8 Fr con electrocoagulación y micro-tijeras. En el segundo caso la resección se realizó con láser Holmium-YAG (0,6 J y 10 Hz). El tiempo medio quirúrgico fue de 20 minutos. El estudio anatomopatológico informó de pólipo fibroepitelial. El primer paciente fue seguido durante 3 años sin recidiva, el segundo paciente se encuentra asintomático 8 meses después de la resección.

Conclusiones: El abordaje endourológico es un método seguro, rápido y eficaz de exéresis de estos pólipos. Además, es diagnóstico y permite caracterizar el tumor. La fibra láser permite utilizar cistoscopios más pequeños que los resectoscopios, lo que sería una ventaja en el abordaje de este tipo de lesiones en la uretra del neonato y del lactante.

834. FISURA DE LABIO CENTRAL SIMPLE Y FÍSTULA EN BASE DE LA COLUMELA. UNA MALFORMACIÓN MUY POCO FRECUENTE

Castilla Parrilla, Elena¹; García Dueñas, Cristina¹; Martínez Plaza, Adoración¹; Vallejo Díaz, Daniel¹; Sánchez-Montesinos, Indalecio²; Fernández Valadés, Ricardo¹
¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²Departamento Anatomía. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. [Póster electrónico](#).

Objetivos: La fisura labiopalatina muestra un espectro de presentación muy amplio, desde la más frecuente con afectación de labio unilateral asociado a fisura de paladar a la menos frecuente la forma central. Dentro de esta última la presentación simple es aún menos frecuente, y su asociación con fístula a nivel de la columela no la hemos encontrado descrita. El objetivo de este trabajo es mostrar esta asociación e intentar dar una explicación embriológica.

Métodos: Presentamos una paciente con fisura de labio central simple con fístula en la base de la columela tratada en nuestro servicio. Se realizó estudio de imagen con TAC, RNM así como fotografías pre e intraoperatorias. Para la corrección se realizó un abordaje combinado reconstruyendo la cincha muscular, resección de la fístula y reconstrucción de arco de cupido.



Resultados: Los resultados estéticos y funcionales tras la reparación quirúrgica fueron muy satisfactorios con una mínima cicatriz, como se aprecia en las fotografías postoperatorias.

Conclusiones: La fisura de labio central simple con fístula a nivel de la columela es una presentación extremadamente rara dentro del espectro de la fisura labio palatina. Su tratamiento es simple y con resultados estéticos y funcionales muy satisfactorios. La explicación embriológica podría ser la ausencia de migración del mesodermo procedente de los procesos maxilares al proceso frontonasal en la zona del prolabio.

836. SÍNDROME DE ZINNER: MANEJO EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Rodríguez Caraballo, Lucía; Serrano Durbá, Agustín; Rodríguez Iglesias, Patricia; Sangüesa Nebot, Cinta; Polo Rodrigo, Alba; March Villalba, José Antonio; Conca Baenas, María Ángeles; Domínguez Hinarejos, Carlos

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. **Póster electrónico.**

Objetivos: El síndrome de Zinner (SZ) se caracteriza por la triada de displasia renal multi-quistica (DRMQ) o agenesia renal, dilatación quística de la vesícula seminal y obstrucción del conducto eyaculador. Su incidencia es menor del 0,003 %. El objetivo es presentar nuestra experiencia en el SZ en pacientes pediátricos.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 7 casos de SZ con una mediana de edad al diagnóstico de 8 años (rango 5-16 años), diagnosticados con ecografía y resonancia magnética (RMN) y con una mediana de seguimiento de 45 meses (22-69 meses).

Resultados: En todos los casos el diagnóstico inicial fue de DRMQ, siendo 3 en el lado derecho y 4 en el izquierdo. 1 paciente asocia síndrome VACTERL. Antecedentes quirúrgicos urológicos: 1 nefrectomía por DRMQ y 1 punción de ureteroceles ipsilateral. La ecografía mostró una lesión quística retrovesical y la RMN confirmó los quistes en la vesícula seminal (tamaño medio 2.8 cm (rango 2-3.6 cm)). Todos los casos han permanecido asintomáticos durante la edad pediátrica. Durante la evolución 1 caso fue intervenido a los 11 años (exéresis laparoscópica) estando asintomático y otro caso de 18 años actualmente está en seguimiento por adultos y presenta dolor en la eyaculación por lo que está pendiente de cirugía.

Conclusiones: El SZ es una patología infrecuente, pero de gran interés didáctico para evitar errores diagnósticos y terapéuticos. El diagnóstico de confirmación es la RMN. Se desconoce la tasa de complicaciones a largo plazo y por tanto es dudosa la necesidad de cirugía en la edad pediátrica.

839. LACTANTE DE 1 MES CON TUMORACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR: DOS PATOLOGÍAS UNA MISMA PRESENTACIÓN

Jurado Tabares, María; Martínez Villamandos, Alfonso; Tejerina López, Rodrigo; Parrado Villodres, Rafael; García Ceballos, Ana María; Primelles Díaz, Arbelio

Hospital Regional Universitario de Málaga. **Póster electrónico.**

B: Los tumores de partes blandas en niños son menos frecuentes que en la edad adulta y casi siempre benignos. Presentamos dos casos clínicos de pacientes de un mes de vida con tumoración en miembro inferior y diagnóstico definitivo de tumoraciones malignas.



Métodos: Paciente 1: Lactante de 1 mes con tumoración de consistencia dura en cara posterior de muslo izquierdo. Se realizan radiografía, ecografía y resonancia magnética con diagnóstico de tumor sólido, por lo que se programa para biopsia.

Paciente 2: Lactante de 1 mes que consulta por hipertrofia de muslo izquierdo. Se realizan radiografía, ecografía y resonancia magnética con diagnóstico de tumor de partes blandas y se programa para biopsia.

Resultados: Paciente 1: Se realiza biopsia intraoperatoria con sospecha de sarcoma, por lo que se coloca reservorio venoso central en el mismo acto quirúrgico y biopsia. El resultado anatomopatológico definitivo fue de Tumor rabdoide maligno extrarrenal

Paciente 2: Se realiza biopsia con diagnóstico definitivo de Fibrosarcoma infantil congénito.

Conclusiones: Debido a la baja frecuencia de la aparición de tumores de partes blandas en la edad pediátrica, aunque la mayoría sean benignos, se aconseja siempre la biopsia o exéresis completa, ante su sospecha.

841. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA Y LA EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA TRAS CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE ALTA COMPLEJIDAD

Mínguez Gómez, María Antonia; Gómez-Chacón Villalba, Javier; Cortés Saez, Jorge; Marco Macián, Alfredo; Crehuet Gramatyka, David; Miró Rubio, Ignacio; Vila Carbó, Juan José H.U.P. La Fe, Valencia. [Póster electrónico](#).

Objetivos: Evaluar el impacto a nivel hemodinámico, respiratorio y renal de la cirugía oncológica de alta complejidad (COAC) infantil.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de pacientes sometidos a COAC en nuestro centro en los últimos 3 años. Definimos como COAC aquella con duración mayor a 6 horas y/o presencia de al menos 3 factores de riesgo definidos por imagen (IDRFs). Se recogieron datos clínicos de la función hemodinámica, respiratoria y renal, tanto intraoperatorios como postoperatorios.

Resultados: Catorce pacientes cumplieron criterios de inclusión. Todos con diagnóstico preoperatorio de Neuroblastoma/Ganglioneuroma. El 71,4% eran niñas, y la mediana de edad en el momento de la cirugía fue de 5,8 años. La mediana del tiempo quirúrgico fue de 9,5 horas (7-17,5). Intraoperatoriamente, se transfundieron una media de 50,1 ml/kg de concentrado de hematíes. La cifra máxima de lactato fue de una media de 3,77 mmol/L, alcanzándose tras una mediana de 7,75 horas (1,5-17) de inicio de la cirugía.

En 6 pacientes fue necesaria ventilación mecánica durante más de 24 horas. La función renal se alteró en 6 de 14 pacientes, en 4 de ellos de forma transitoria. La mitad precisó de al menos una droga vasoactiva durante su ingreso en UCI. Dos pacientes fallecieron en las primeras 24 horas por fallo multiorgánico.

Conclusiones: En la mayoría de los casos, los pacientes sometidos a COAC sufren importantes repercusiones clínicas a distintos niveles. Es difícil prever la evolución postoperatoria de cada uno de ellos, por lo que la vigilancia estrecha y especializada de los mismos es fundamental en su manejo.



845. DIFICULTAD EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PATOLOGÍA UROLÓGICA COMPLEJA

Martín Cano, Fátima; Padilla García, Mauro Alberto; Velasco Sánchez, Basilio; Rodríguez Vargas, Jesús

Complejo Hospitalario de Jaén. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: La duplicidad pieloureteral es una de las malformaciones urinarias más frecuentes. En más del 50% de los casos puede asociar patología, como reflujo, presentado con mayor frecuencia en el hemisistema inferior, y ureteroceles o ectopia ureteral, que asientan casi exclusivamente en el sistema superior. Con menor frecuencia puede asociar estenosis de la unión pieloureteral.

Métodos: Presentamos un caso clínico derivado para valoración a nuestro servicio por sospecha prenatal de quiste renal simple en polo inferior renal bilateral de 4 y 6 cm.

Las pruebas diagnósticas postnatales, confirman la existencia de lesiones quísticas en polos inferiores renales, planteándose diagnóstico diferencial entre divertículos pielo-caliciales, enfermedad quística renal y doble sistema renal bilateral con hidronefrosis obstructiva.

Resultados: Se realizó cistoscopia y pielografía retrógrada, confirmando existencia de 4 meatos ureterales, con ausencia de paso de contraste a hemirriñón inferior izquierdo y estenosis de unión pieloureteral de pielón inferior derecho, que se dilató endoscópicamente, dejando colocado catéter doble J. En el mismo acto, vía laparoscópica y ante los datos diagnósticos de anulación funcional de hemirriñón inferior izquierdo, se realizó heminefrectomía inferior izquierda.

Conclusiones: La existencia de estenosis pieloureteral en hemirriñón inferior en un sistema doble es muy poco frecuente, menos aún lo es la duplicidad pieloureteral bilateral con estenosis de unión pieloureteral de ambos pielones inferiores.

La importancia de este caso reside en la complejidad diagnóstica y el manejo quirúrgico que supone una malformación urológica compleja y tan infrecuente como la descrita.

847. UN ROMPECABEZAS SIN FIN: FISURAS FACIALES COMPLEJAS

Moraleda Gudayol, Inés; Riba Martínez, Mireia; Bejarano Serrano, Miguel; Rubio-Palau, Josép; Albert Cazalla, Asteria; Parri Ferrandis, Francisco José
Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: La fisura facial compleja es una malformación muy poco frecuente. Es un verdadero reto quirúrgico que precisa de un manejo multidisciplinar. El objetivo del tratamiento es la corrección de las deformidades craneofaciales para restablecer la funcionalidad y la estética. Presentamos la secuencia de tratamiento de un caso de fisura facial compleja.

Métodos: Revisión del caso clínico.

Resultados: Niño con síndrome polimalformativo que incluye fisura craneofacial compleja (fisura oro-ocular bilateral Tessier IV, fisura palatina unilateral y colobomas) y malformaciones en extremidades (defectos en 1r, 3r y 4º dedos de mano izquierda con amputa-



ción del 2º por brida amniótica; apéndice digital en cuero cabelludo con aplasia cutis; y sindactilia del 2º y 3º dedo pie derecho).

La secuencia de corrección quirúrgica fue: queiloplastia adhesiva y exéresis de apéndice digital en cuero cabelludo a los 3 meses de vida. Plastia palpebral bilateral y plastia en W de brida amniótica en dedo mano izquierda a los 5 meses. Queilorinoplastia bilateral tipo Mullikeen a los 9 meses. Uranoestafilorrafia unilateral mediante colgajos de Veau Wardill y faringoplastia de Sanvenero Roselli a los 11 meses.

Conclusiones: En este caso destacan las bridas amnióticas y las deformidades generadas por ellas, pero cada fisura facial presenta particularidades. El tratamiento debe adecuarse a las necesidades de cada paciente, lo que suele traducirse en la necesidad de cirugías secuenciales.

Por la ausencia de guías de tratamiento establecidas y la dificultad en marcar el fin quirúrgico de estos casos, consideramos necesario compartir los resultados intermedios y las propuestas de tratamiento.

848. MALFORMACIÓN COMBINADA LINFÁTICO-VENOSA INTESTINAL

Marañés Gálvez, Carolina; Díaz Moreno, Eloisa; Navarro Pardo, Juan Francisco; Licerias Licerias, Esther; Fernández Dozagarat, Salvador
Hospital Torrecárdenas. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: Las malformaciones combinadas intestinales son entidades de baja frecuencia. Cuando se presentan suelen manifestarse en la edad adulta como hemorragia digestiva baja que en muchas ocasiones pueden poner en peligro la vida del paciente.

Métodos: Presentamos el caso de una paciente que, desde la época de lactante, presenta hemorroides de gran tamaño, no relacionadas con clínica de estreñimiento. Se realiza seguimiento conservador sin presentar complicaciones. Durante examen rutinario con control ecográfico a la edad de 5 años, se observa lesión ocupante de espacio en zona supramesocolica, que rodea vena mesentérica inferior, de naturaleza quística, que no se había apreciado en exámenes previos. Con el diagnóstico de malformación linfática, se planifica laparotomía exploradora en la que, además de la lesión sospechada, presenta una severa malformación venosa que afecta a la zona ileocólica, mesocolon y paredes de intestino grueso, en menor medida al intestino delgado.

Resultados: Dada la importante afectación de la zona ileocólica, se decide realizar cecectomía y anastomosis terminoterminal por elevado riesgo de sangrado. Se realiza arteriografía con fase venosa confirmando malformación venosa que afecta de manera importante a mesentérica inferior, sigmoideas y hemorroidales.

Conclusiones: La presencia en un lactante de patología poco frecuente como en este caso fueron las hemorroides, sin causa que las justifique, nos debe hacer sospechar la presencia de malformaciones asociadas que es posible no den sintomatología hasta una edad avanzada y que posteriormente se manifiesten con problemas que pongan en serio peligro la salud del paciente. La realización de angioRMN, debe plantearse ante este tipo de lesiones.

849. FISURAS FACIALES COMPLEJAS: UN RETO MULTIDISCIPLINAR

Moraleda Gudayol, Inés; Bejarano Serrano, Miguel; Riba Martínez, Mireia; Rubio-Palau, Josép; Parri Ferrandis, Francisco José; Albert Cazalla, Asteria
Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. **Póster electrónico.**

Objetivos: Las malformaciones craneofaciales, especialmente las fisuras faciales complejas, suponen un reto terapéutico para la cirugía plástica pediátrica. Nuestro objetivo es presentar el tratamiento realizado hasta el momento y el proyecto de futuro en un caso de fisura facial compleja.

Métodos: Presentación de caso clínico.

Resultados: Paciente originaria de Nigeria con malformación craneofacial compleja compuesta por meningoencefalocelo, hendidura facial izquierda tipo Tessier III, IV, V; fisura palatina completa e hipertelorismo. La secuencia de corrección quirúrgica se ha coordinado con los departamentos de Neurocirugía, Cirugía Maxilofacial, Ortodoncia, Oftalmología y Cirugía Plástica. Se inicia con la colocación válvula de derivación ventrículo-peritoneal al año de vida. Con 2 años se realiza reducción del encefalocelo fronto-etmoidal. A los 5 años se realiza osteotomía LeFort I, reconstrucción fosa anterior y cierre fisura frontal. Al año siguiente se practica cierre de la fisura facial y estafilorrafia. Actualmente, con 6 años de edad, la niña presenta mejoría progresiva del habla. El próximo escalón terapéutico previsto es una queiloplastia tipo Mulikeen.

Conclusiones: Por su baja incidencia y gran variabilidad entre casos, las fisuras faciales deben considerarse individualmente. Es necesario tener en cuenta los patrones de crecimiento óseo - que suelen alterarse - y la necesidad de tratamiento secuencial; considerando siempre la funcionalidad y la vertiente estética. Es indispensable contar con equipos multidisciplinarios que aborden cada aspecto, teniendo en cuenta las patologías asociadas. Sería necesaria una base de datos multicéntrica de fisuras faciales, en las que se puedan comentar los tratamientos propuestos y compartir experiencias en el manejo y seguimiento de esta patología.

850. ABDOMEN AGUDO COMO COMPLICACIÓN DE QUISTE DE DUPLICACIÓN INTES-TINAL EN EL PERIODO NEONATAL

Barnes Marañón, Sarah; Lara Cárdenas, Diana Carolina; Molnar, Agnes; Pérez Costoya, Cristina; Fernández García, Laura; Gómez Farpón, Ángela; Álvarez Muñoz, Víctor; Pontón Martino, Belén
HUCA, Oviedo. **Póster electrónico.**

Objetivos: Las duplicaciones intestinales son anomalías congénitas que se presentan con una frecuencia de 0,2% en niños. La localización más frecuente es el ileon (40%). Suelen presentarse como duplicaciones únicas (85%). Pueden diagnosticarse de manera casual ser causantes de síntomas abdominales de muy amplio espectro o llegar a causar un cuadro de abdomen agudo que precise un tratamiento urgente.

Métodos: Presentamos el caso de una neonata de 4 días de vida con abdomen agudo secundario a perforación intestinal a causa de quiste de duplicación intestinal.

Resultados: En nuestro caso el embarazo había sido controlado. En ecografía del tercer trimestre se detecta lesión intraabdominal quística compatible con quiste de ovario. Par-



to eutócico a las 38+3 semanas, sin incidencias. Asintomática durante las primeras horas de vida, con ingestas adecuadas. Comienza posteriormente con cuadro emético así como leve distensión abdominal. Se realiza radiografía y ecografía de abdomen, en la que se sigue observando lesión compatible con quiste de ovario. Se realiza enema con gastrografín, comenzado la paciente con deposiciones espontáneas. Empeoramiento clínico progresivo con nuevo control ecográfico y diagnóstico de peritonitis posiblemente secundaria a perforación por quiste de duplicación intestinal. Cirugía urgente con resección intestinal e ileostomía.

Conclusiones: Aunque el manejo inicial en la mayoría de los neonatos con diagnóstico de quiste de duplicación intestinal es conservador, realizándose un tratamiento quirúrgico tras un periodo madurativo variable que asegure un menor riesgo quirúrgico, en algunos casos esto no es posible debido a aparición de complicaciones. Se debe realizar por ello un diagnóstico y manejo postnatal adecuado.

851. NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO EN LA EDAD PEDIÁTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Jurado Tabares, María; Martínez Villamandos, Alfonso; Stour-Dore, Charlotte Summer; Parrado Villodres, Rafael; García Ceballos, Ana María; Primelles Díaz, Arbelio
Hospital Regional Universitario de Málaga. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: El dolor torácico supone un raro motivo de consulta en pediatría. A pesar de que en la gran mayoría de los casos suele ser reflejo de procesos benignos subyacentes, en ocasiones se debe a causas orgánicas cuyo diagnóstico puede orientarse con anamnesis y exploración física detalladas, y confirmarse con la realización de las pruebas complementarias pertinentes. Presentamos el caso de un paciente que acude a nuestro servicio de urgencias con dolor torácico, que fue finalmente diagnosticado de neumomediastino espontáneo idiopático.

Métodos: Paciente mujer de 13 años que acude a Urgencias por dolor retroesternal de 24 horas de evolución, que aumenta con la inspiración y acompañado de disfagia y odinofagia. No náuseas ni vómitos. Niega ingesta de cuerpo extraño, alimentos con espinas o huesos o episodios de atragantamiento. Como antecedente de interés la paciente realiza gimnasia rítmica de competición.

Se realizó radiografía de tórax y cervical y ecografía en las que se observa enfisema cervicomedиаstínico, por lo que se completa estudio con TC cervico-torácico en el que se observa neumomediastino y enfisema subcutáneo subcutáneo en tejidos profundos cervicales.

Resultados: Tras los hallazgos de las pruebas complementarias la paciente ingresa para observación, siendo dada de alta a las 72 horas con mejoría de neumomediastino en radiografía. Control en consulta al mes con radiografía con desaparición de neumomediastino y reincorporación a su actividad deportiva habitual.

Conclusiones: Aunque el neumomediastino espontáneo es una entidad muy infrecuente en pediatría, debe formar parte del diagnóstico diferencial ante todo niño que presente dolor torácico de instauración aguda.

857. INVAGINACIÓN INTESTINAL DE PRESENTACIÓN TARDÍA EN LA PÚRPURA DE SCHONLEIN-HENOCH

Marañés Gálvez, Carolina; Díaz Moreno, Eloísa; Fernández Dozagarat, Salvador; Navarro Pardo, Juan Francisco

Hospital Torrecárdenas, Almería. **Póster electrónico.**

Objetivos: La púrpura de Schonlein-Henoch es la vasculitis más frecuente en niños. La clínica, por orden de frecuencia, sería la afectación cutánea, digestiva, articular y renal. Las manifestaciones digestivas se caracterizan por dolor cólico, y con menos frecuencia, invaginación, hemorragia digestiva, perforaciones, pancreatitis e hydrops vesicular.

Métodos: Varón de 9 años, con púrpura de Schlein-Henoch de 3 semanas de evolución, tratado con prednisona e ibuprofeno a dosis antiinflamatorias. Es dado de alta y consulta nuevamente con nuevo brote dérmico y dolor abdominal, acompañado de vómitos biliosos. Se observa ecográficamente la presencia de invaginación intestinal que se intenta reducir con hidroenema bajo sedación. Ante la imposibilidad, se realiza laparotomía exploradora, observando zona de ileon, afectada por invaginación intestinal y vasculitis. Se realiza desinvaginación. Coloración oscura de la pared, pero que se recupera parcialmente. Ante la mejoría de la vascularización intestinal, y sin poder determinar qué zonas estaban afectadas por la vasculitis y cuales por la isquemia debida a la invaginación, se decide no reseca.

Resultados: 72 horas tras la intervención mantiene distensión abdominal y signos de oclusión. Se realiza un second-look, presentando microperforaciones en el segmento intestinal afectado, por lo que se realiza resección y anastomosis termino-terminal.

Conclusiones: Los pacientes afectos por vasculitis, pueden sufrir recaídas tras la conclusión del tratamiento hospitalario. En nuestro caso, presentó una recaída severa, tratada con aumento de la dosis de corticoides sin uso de gammaglobulinas. Sería útil valorar parámetros que ayuden a plantear que pacientes se beneficiarían del uso de estos fármacos para evitar complicaciones.

865. MANEJO DEL QUILOTÓRAX CONGÉNITO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Cárdenas Elías, Miguel Ángel; José Ignacio, Garrido Pérez; Francisco Javier, Murcia Pascual; Ordoñez Díaz, María Dolores; Vázquez Rueda, Fernando; Paredes Esteban, Rosa María Hospital Universitario "Reina Sofía", Córdoba. **Póster electrónico.**

Objetivos: El quilotórax es la causa más frecuente de derrame pleural en el recién nacido, pudiendo ser de origen adquirido o congénito. El quilotórax congénito puede estar asociado a otras anomalías del sistema linfático, enfermedades cardíacas o cromosómicas.

Métodos: Presentamos un caso de quilotórax congénito tratado con octreótido y rapamicina.

Resultados: Recién nacido de 36 semanas de edad gestacional, macrosómico por diabetes gestacional. Presentó en la semana 20 hidrotórax y polihidramnios. Tras cesárea programada perinatalmente precisó intubación por disnea y acidosis respiratoria. Una ecografía mostró un mínimo derrame pleural bilateral. Al décimo día, el derrame aumentó produciendo un colapso pulmonar que precisó toracocentesis bilateral. Salida de líquido lechoso compatible con quilotórax, confirmado por el alto contenido de triglicéridos, momento en el cuál precisó tubo de drenaje torácico bilateral. Iniciamos tratamiento con



octreótido en perfusión continua hasta 10mcg/kg/hora y rapamicina a 0,5mg/m²/12horas. El drenaje inicial fue de hasta 4ml/kg/h. Una evolución favorable y progresiva permitió la alimentación enteral libre de triglicéridos con buena tolerancia. A los 49 días el escaso drenaje permitió la retirada de los drenajes pleurales, permaneciendo con rapamicina por vía oral. Controles ecográficos posteriores no demostraron recidiva de quilotórax. No fue necesaria la intervención para cierre del conducto torácico.

Conclusiones: El manejo del quilotórax congénito puede responder a tratamiento médico, gracias a la aparición de fármacos como la rapamicina, no descartando la intervención quirúrgica como último recurso para esta enfermedad.

868. PERFIL DEL PACIENTE INGRESADO EN UNIDAD DE QUEMADOS PEDIÁTRICOS. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL PERIODO 2013-2017

Martínez Villamandos, Alfonso; Jurado Tabares, María ; Charlotte Summer Stout-Dore; Aguilera Neuenschwander, José Jesus; Martínez del Castillo, María Luisa; García Soldevila, Nuria; Primelles Díaz, Arbelio
Hospital Regional de Málaga. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: Análisis estadístico del perfil del paciente que ingresa en nuestra Unidad de Quemados Pediátricos, manejada exclusivamente por cirujanos pediátricos.

Métodos: Realizamos un estudio de carácter retrospectivo y descriptivo, en el cual incluimos a todos los pacientes ingresados en la Unidad de Quemados Pediátricos entre enero del 2013 y diciembre del 2017.

Las variables consideradas para el estudio fueron: género de los pacientes (masculino o femenino); edad (en años); días de hospitalización hasta el alta definitiva del paciente o hasta su fallecimiento; extensión y profundidad de las quemaduras; localización corporal de las lesiones; etiología del accidente; tratamiento recibido (médico y/o médico-quirúrgico); tipo de cirugía realizada (limpieza quirúrgica, injerto de piel, colgajo y/o amputación); lugar donde ocurrió el accidente, necesidad de ingreso en UCIP, y/o de transfusión de hemoderivados.

Resultados: Fueron admitidos un total de 147 pacientes, 87 (59%) varones y 60 (41%) mujeres, media de edad de 5'13 años y una mediana de 4 años. La SCQT media fue del 16'5%, siendo la localización más afectada el tronco (43% de pacientes), 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, 102 intervenciones para injertos de piel. 22 pacientes precisaron ingreso en UCIP y 32 transfusiones de sangre.

Conclusiones: El paciente gran quemado pediátrico representa una entidad compleja que requiere de medios y especialistas formados específicamente para su manejo siendo fundamental el papel del cirujano pediátrico.

883. DESGARRO MESENTÉRICO SECUNDARIO A MASAJE ABDOMINAL

Padilla García, Mauro Alberto; Martín Cano, Fátima; Rodríguez Vargas, Jesús; Velasco Sánchez, Basilio
Complejo Hospitalario de Jaén. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: Las lesiones traumáticas intestinales y del mesenterio se detectan en laparotomía en aproximadamente el 5% de pacientes que sufren un traumatismo abdominal cerrado.

Hay tres mecanismos fundamentales causantes de la lesión: - Fuerza directa sobre un asa de intestino. -Desaceleración rápida que produce fuerzas de cizallamiento en las asas y el mesenterio. - Incremento brusco de la presión intraluminal.

Localizándose mas frecuentemente en yeyuno proximal e íleon distal, cerca a la válvula ileocecal. Métodos: Presentamos el caso de una paciente a término de 9 días de vida, sana al nacimiento, que inicia con episodios de dolor abdominal intermitente, diagnosticados como "cólicos del lactante", por lo que se iniciaron de manera privada fisioterapia con masajes abdominales como tratamiento. Tras una de las sesiones, la paciente inicia súbitamente con vómito y deterioro del estado general. A la exploración destacaban signos de abdomen agudo y equimosis en piel abdominal.

Resultados: Se decide tratamiento quirúrgico urgente, encontrando gran desgarro mesentérico, asociado a vólvulo intestinal con placas necróticas desde yeyuno hasta íleon terminal. Por lo que se decide resección intestinal extensa (se respetan aproximadamente 30cm de intestino delgado) y anastomosis termino-terminal.

El postoperatorio transcurre satisfactoriamente, pendiente de evolución desde el punto de vista nutricional.

Conclusiones: El masaje abdominal vigoroso es una causa muy rara de desgarro mesentérico, pero a pesar de ello, no debería recomendarse como fisioterapia de rutina en cuadros de dolor abdominal en neonatos, debido a que pueden producir lesiones graves en los órganos abdominales y podrían retrasar el diagnostico de patologías graves.

890. EXPERIENCIA DEL TRATAMIENTO DEL VARICOCELE MEDIANTE TÉCNICA DE PALOMO LAPAROSCÓPICO EN ADOLESCENTES

Ramnarine Sánchez, Sharmila Devi; Garrido Pérez, José Ignacio; Vargas Cruz, Verónica; Escassi Gil, Alvaro; Vázquez Rueda, Fernando; Castillo Fernández, Aurora Lucia; Paredes Esteban, Rosa María

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. **Póster electrónico.**

Objetivos: Evaluar los resultados del tratamiento del varicocele mediante la técnica de Palomo Laparoscópico en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional descriptivo tipo serie de casos de niños con diagnostico de varicocele e intervenidos mediante Técnica de Palomo Laparoscópico, entre los años 2002-2017, empleando diferentes técnicas de oclusión vascular. Análisis descriptivo de variables: edad, grado de varicocele, tipo de oclusión vascular, complicaciones, estancia hospitalaria y seguimiento. Se evalúa la posible relación entre la aparición de hidrocele con la técnica de oclusión vascular empleada y la curva de aprendizaje.

Resultados: 116 niños intervenidos quirúrgicamente, con edad media de 13 años (9-13 años). El 98.3% el varicocele fue de localización izquierda y el 1.7% (n=2) bilateral. El 82.8% correspondían a varicocele grado III y 17.2% grado II. El 4.3% (n=5) presentaron hemorragia intraoperatoria, requiriendo conversión en un 0.9% (n=1). Se emplearon las



siguientes técnicas de oclusión vascular: clip 20.7%; clip + sección 68.1%; selladora vascular 6.9% y bisturí armónico 3.4%. La estancia hospitalaria media fue de 2 días, con un seguimiento medio de 18 meses y recidivas en 2 casos. La complicación más frecuente fue el hidrocele en un 33,6% (n=39) precisando tratamiento el 11.2% (n=13). Las frecuencias relativas de hidrocele según el tipo de oclusión vascular fueron: clip 37.5%, clip y corte 32.9%, selladora vascular 12.5%, bisturí armónico 50%. No se encontraron diferencias significativas con respecto a la curva de aprendizaje.

Conclusiones: En nuestra experiencia la técnica de Palomo Laparoscópico es una intervención rápida, segura y efectiva, con pocas complicaciones y estancia hospitalaria corta.

891. QUEILOPLASTIA SECUNDARIA BAJO ANESTESIA LOCAL. APRENDIENDO DE PAÍSES CON MENOS RECURSOS

Larreina de la Fuente, Leire¹; Parri Ferrandis, Francisco José²; Bejarano Serrano, Miguel²; Albert Cazalla, Asteria²; Rubio Palau, Josép²

¹Hospital Universitario Donostia. ²Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: La utilización de anestesia local y sedación para las intervenciones primarias y secundarias de pacientes con fisura labiopalatina, es una opción bien documentada hoy en día en países en desarrollo que ofrece buenos resultados. Por ello, nos hemos planteado introducir este recurso en nuestras reconstrucciones labiales, con el objetivo de minimizar la estancia hospitalaria y el riesgo anestésico de nuestros pacientes.

Métodos: Paciente varón con antecedentes de fisura labiopalatina bilateral total. Queiloplastia de Manchester a los 12 meses de edad. Secuela de labio corto y pobre función del músculo orbicular.

Resultados: A la edad de 20 años se trata la secuela labial, con una queiloplastia secundaria con reconstrucción muscular según la técnica de Mulliken. El procedimiento se realizó bajo sedación y anestesia local mediante bloqueo de los nervios infraorbitarios con articaina más epinefrina. El postoperatorio inmediato fue sin incidencias, pudiendo darse de alta a las 5 horas de la intervención. La evolución fue favorable un buen resultado estético y funcional a los 6 meses de la cirugía.

Conclusiones: Los pacientes con fisura labiopalatina en ocasiones requieren repetidas intervenciones quirúrgicas para conseguir un buen resultado estético y funcional del labio. Algunos de estos procedimientos pueden realizarse bajo anestesia local, con los beneficios de la disminución de la estancia hospitalaria y del riesgo anestésico.

892. MASAS ESTERNALES EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA: UN RETO DIAGNÓSTICO

Ordóñez Pereira, Javier; del Cañizo López, Agustín; García-Casillas Sánchez, María Antonia; Fernández Bautista, Beatriz; de la Torre Macías, Manuel; Trapero Ovejero, Ana; Cerdá Berrocal, Julio Arturo; Fanjul Gómez, María; Molina Hernando, Encarnación Esther; Pérez-Egido, Laura; Peláez Mata, David; García Morín, Marina; Aguado del Hoyo, Alejandra; de Agustín Asensio, Juan Carlos

HGU Gregorio Marañón, Madrid. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: En este estudio realizamos una revisión de las masas esternales en la población pediátrica de nuestro centro, una patología muy infrecuente y que constituye un reto diagnóstico en la mayoría de los casos.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de las masas esternales diagnosticadas en nuestro centro entre 2011 y 2017. Se analiza etiología, diagnóstico, características radiológicas, tratamiento recibido y resultados a largo plazo.

Resultados: Se registran 5 casos: un linfoma linfoblástico B con origen primario en peñasco, una histiocitosis, un tumor esternal autolimitado de la infancia y dos recurrencias tumorales (un tumor desmoide y un rhabdomiocarcinoma embrionario). Dos pacientes habían consultado por dolor y tres se diagnostican durante el seguimiento de un tumor primario (mediana de edad al diagnóstico de 28 meses; media:67.2). La radiografía de tórax no fue válida para el diagnóstico en tres de los pacientes, precisando otras pruebas (TAC, RM, ecografía). Todos se someten a biopsia (siendo la prueba diagnóstica del linfoma). Todos se tratan según el protocolo oncológico correspondiente (asociando cirugía y reconstrucción costal en el caso del tumor desmoide y el rhabdomiocarcinoma). Se consigue un control local de la enfermedad del 100% (media de seguimiento de 63.5 semanas). El paciente del rhabdomiocarcinoma constituye el único éxito (supervivencia del 80%), debido a recurrencia metastásica.

Conclusiones: La variabilidad en la presentación clínica y en las características radiológicas de las masas esternales en los niños requiere de una valoración individualizada en cada caso. Los resultados a largo plazo dependen de la etiología y diagnóstico precoz de la enfermedad.

898. UTILIDAD DE LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA TRANSANAL (TAMIS) EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Gómez Beltrán, Oscar; Sánchez Abuín, Alberto; Molina Vázquez, María Elena; Alonso Arroyo, Verónica; Aguilar Cuesta, Raquel
Hospital Clínico de Valladolid. [Video 3 minutos.](#)

Objetivos: El abordaje tipo TAMIS (Transanal Minimal Invasive Surgery), descrito por Atallah en 2010, se emplea de forma amplia en la cirugía colorrectal del adulto para el manejo de lesiones rectales. Nuestro objetivo es presentar nuestra experiencia inicial con esta técnica laparoscópica aplicada en el campo de la cirugía pediátrica.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 12 años con enfermedad de Hirschsprung rectosigmoidea intervenida en otro centro, en la que se efectuó una hemicolectomía laparoscópica con anastomosis colorrectal con sutura mecánica circular para el manejo de una estenosis colorrectal a 8 cm del margen anal con dilatación masiva secundaria de sigma residual y colon descendente. La paciente presentó posteriormente una nueva estenosis de la anastomosis circular colorrectal.

Resultados: Se efectuó una plastia de Heineke-Mikulicz en cara posterior rectal mediante abordaje tipo TAMIS. Se empleó acceso transanal a través de puerto de gel fijado con puntos simples a la piel perianal. Se realizó neumorrecto con CO2 con presiones de 14 mmHg. Se llevó a cabo disección inicial con gancho monopolar y posterior empleo de energía laparoscópica sellante. Se suturó el defecto en sentido transversal de forma habitual y se seccionó con endograpadora un tabique mucoso residual de la cirugía previa. Se evidenció en enema opaco de control a las 6 semanas una mejoría clara de la estenosis.



Conclusiones: El abordaje tipo TAMIS se constituye como una alternativa quirúrgica laparoscópica que puede ser de utilidad para el tratamiento de lesiones rectales en cirugía pediátrica.

905. REVISIÓN DE CUIDADOS, COMPLICACIONES Y SECUELAS DE LESIONES POR QUEMADURA QUE PRECISARON INGRESO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Marañés Gálvez, Carolina; Armenteros López, Ana Isabel; Mañas Uxó, María Isabel; Fernández Dozagarat, Salvador; Navarro Pardo, Juan Francisco
Hospital Torrecárdenas, Almería. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: Son múltiples las indicaciones de ingreso por quemaduras, pero la extensión, y la profundidad, es lo que determina las necesidades de sedación/anestesia, el tiempo de hospitalización, el autoinjerto de piel o de sustitutos cutáneos, y las anomalías de la cicatrización. Nos proponemos conocer la incidencia de complicaciones y secuelas en los pacientes ingresados en nuestro servicio por esta causa.

Métodos: Estudio descriptivo de pacientes ingresados por quemaduras en hospital de tercer nivel desde Enero 2012 hasta Diciembre 2016.

Resultados: 72 ingresos. Edad media: 3,3 años. Estancia media: 12,2 días SCQ media: 11%. Grado I, 12,7%; grado IIa 60,6%; grado IIb 80,3%; grado III 35,2%. Curas con sedación/anestesia general: media de 3,5/paciente cada 48/72 h. Complicaciones: el 25% precisó injerto, pérdida en 3 casos. Sobreinfección: 23,9%, traslado a unidad de grandes quemados en un 4,2%. Reingreso 6%. Secuelas: cicatriz queloides 17,9%, pérdida funcional 1,4% Seguimiento prolongado en consulta de Cirugía Pediátrica 62,5%.

Conclusiones: Las quemaduras suponen una elevada morbimortalidad en los pacientes pediátricos. Implica una prolongada hospitalización con número de sedaciones importante. La extensión y la profundidad son los parámetros más importantes que determinan el pronóstico de estos pacientes. En nuestra casuística, la complicación más frecuente es la infección. Es importante protocolizar los criterios de ingreso, así como qué pacientes han de ser derivados a centros de elevada especialización (Unidad de grandes quemados), para disminuir la morbimortalidad. El uso de apósitos con inhibición del crecimiento bacteriano está permitiendo espaciar las curas, disminuyendo el número de sedaciones y la estancia hospitalaria, sin aumentar las complicaciones.

909. TRATAMIENTO MULTIMODAL DE UNA MALFORMACIÓN LINFÁTICA MACROQUÍSTICA CERVICAL NEONATAL

Bejarano Serrano, Miguel; Celis Passini, Verónica; Muchart López, Jordi; Rubio Palau, Josép; Martín-Lluis, Alba; Mora Graupera, Jaume; Parri Ferrandis, Francisco; Albert Cazalla, Asteria
Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: El tratamiento de las grandes malformaciones linfáticas neonatales es difícil. Tratamientos demasiado agresivos o insuficientes pueden dejar secuelas permanentes. Presentamos un caso de malformación linfática cervical neonatal de gran tamaño tratado de forma multimodal, incluyendo rapamicina.

Métodos: Feto varón con diagnóstico prenatal de malformación linfática macroquística laterocervical izquierda de gran tamaño (13cm), que se extiende posterior a la tráquea y pone en riesgo la permeabilidad de la vía aérea. Se practica cesárea en "EXIT" para intu-bación orotraqueal a las 39 semanas de gestación.

Resultados: A los 10 días inicia tratamiento con rapamicina. La masa disminuye en consistencia en menos de 48h. A los 6 días de tratamiento, se descarta mediante ecografía compresión extrínseca de la vía aérea y se extuba. La evolución es favorable, con reducción importante del volumen de la malformación. Como complicación, únicamente tuvo hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia leves que se resolvieron con reajustes de dosis. Sólo tuvo un episodio de linfangitis.

Al año de edad, sólo queda un resto fibrótico de 2x4 cm. En comité multidisciplinar se decide suspensión de la rapamicina y exéresis de la masa. Se reseca la malformación aparentemente completa sin incidencias. A las 24h, el paciente es dado de alta. Tras 6 meses de seguimiento, no existen signos clínicos ni en resonancia magnética de la malformación.

Conclusiones: En nuestra experiencia, este tratamiento parece un punto de inflexión en el manejo de esta patología por su eficacia, su baja tasa de efectos adversos y la reducción del riesgo de secuelas. Seguimos expectantes de la evolución a largo plazo.

912. LA LINFADENITIS CRÓNICA EN NIÑOS Y SU DIFICULTAD DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA

Muñoz Miguelsanz, María de los Angeles¹; Moreno Montero, Anna²; Aznar Adrover, Lluisa²; Marhuenda Irastorza, Claudia²

¹Hospital Universitario Son Espases ²Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. [Póster electrónico](#).

Objetivos: Las linfadenitis por micobacteria spp es una entidad rara en niños sanos, de difícil diagnóstico inicial y una evolución normalmente tórpida. Las guías actuales recomiendan extirpación, contemplándose tratamientos menos invasivos ante la posibilidad de secuelas quirúrgicas. El objetivo es evaluar la incidencia y los tratamientos y resultados de nuestros pacientes.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los últimos 16 años. Se recogieron datos de los pacientes con diagnóstico clínico y microbiológico de micobacteria spp de nuestro servicio que presentaban linfadenitis de larga evolución.

Resultados: Presentamos 8 pacientes con linfadenitis por Mycobacteria atípica. 7/8 ocupaban el territorio submandibular y 1/8 inguinal bilateral. La edad media de aparición fueron 31 meses. 3,5 meses es el tiempo medio de inicio de protocolo de tratamiento desde la aparición de la lesión. En 6/8 se realizó drenaje o PAAF antes del inicio del tratamiento, que consistió en exéresis quirúrgica + tratamiento antibiótico orientado a Micobacteria atípica con diferentes combinaciones con resolución completa. En 1/8 se realizó tratamiento antibiótico y exéresis posterior. 3/8 casos presentaron cicatrices distróficas residuales.

Conclusiones: El diagnóstico de linfadenitis por micobacteria atípica parece haber aumentado en los últimos años en la población infantil sana. No hay guías establecidas



sobre el momento idóneo de tratamiento antibiótico, la rentabilidad de PAAF/drenaje o la posibilidad de no realizar tratamiento en aquellas no complicadas. Los resultados de nuestra revisión son un ejemplo de esta falta de homogenización del tratamiento. Las diferencias estrategias de tratamiento a lo largo de los años demuestra la necesidad de revisión de los protocolos actuales.

924. EFECTIVIDAD DE LA NEUROMODULACIÓN DEL NERVIU TIBIAL POSTERIOR EN NIÑOS COMO TRATAMIENTO DE VEJIGA HIPERACTIVA

Padilla García, Mauro Alberto; Martín Cano, Fátima; Rodríguez Vargas, Jesús; Velasco Sánchez, Basilio

Complejo hospitalario de Jaén. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: La neuromodulación con la estimulación percutánea del nervio tibial posterior es un tratamiento de segunda línea para la vejiga hiperactiva, utilizado ampliamente en adultos, pero con poca experiencia en niños. Presentamos nuestra casuística y resultados.

Métodos: Analizamos los pacientes tratados por vejiga hiperactiva en nuestra unidad en los dos últimos años. El tratamiento ha consistido en sesiones de neuromodulación del nervio tibial posterior con aguja o con parches, 6 sesiones semanales, 6 quincenales y 6 mensuales, a partir de ese momento se han realizado más sesiones en función de la evolución.

Al inicio del tratamiento se realiza urodinamia y controles de flujometría con medición ecográfica del residuo postmiccional.

Resultados: Fueron tratados 17 pacientes. El espasmo doloroso de la vejiga ha desaparecido en todos los casos.

Respecto a parámetros urodinámicos, sólo 3 presentaban capacidad vesical adecuada a su edad al inicio, 14 presentaban contracciones no inhibidas del detrusor. En todos los pacientes menos dos se ha conseguido aumentar la capacidad vesical hasta valores cercanos a la normalidad para su edad. Un paciente tuvo gran relajación vesical con 2 sesiones de electroestimulación llegando a tener 700ml de capacidad con dificultad del vaciado por lo que se suspendió el tratamiento.

Conclusiones: La neuromodulación del nervio tibial posterior es una técnica efectiva en un alto porcentaje de pacientes. Presenta escasos efectos secundarios, permite aumentar la capacidad vesical y disminuir la sintomatología. El resultado que estamos observando en niños es variable, por lo que es preciso ampliar el estudio y hacer un seguimiento a largo plazo.

926. DEL IMPACTO DEL ¿WHO BRIEFING? EN NUESTRA UNIDAD

Cabarcas Maciá, Laura; Molina Mata, María; Cadaval Gallardo, Carlos; De la Torre Díaz, Estrella; Hernández Calvarro, Ana Edith; Roldán Pérez, Sebastian; Romero Ruiz, Rosa María Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: Valorar el impacto de la realización sistemática de la sesión preoperatoria (briefing) por parte de todos los miembros del equipo quirúrgico en nuestra sección.

Métodos: Estudio analítico prospectivo de cohortes en pacientes pediátricos intervenidos de forma electiva por nuestra unidad entre los meses de junio y noviembre del 2017, tras la

implementación del briefing según las recomendaciones de la OMS. Se realiza un análisis comparativo de los incidentes perioperatorios y la morbilidad asociada, en función de la realización o no de la sesión preoperatoria. Durante dicha sesión se valoran los aspectos esenciales en cuanto a la identificación del paciente y de los miembros del equipo, además de los puntos críticos desde el punto de vista anestésico, quirúrgico y de enfermería.

Resultados: Se analizaron datos de 216 intervenciones quirúrgicas, encontrando una incidencia de incidentes intraoperatorios del 27,8% en los pacientes con briefing y del 27,2% en los pacientes sin él, con un RR 1,02. La incidencia de morbilidad fue 20,6% en los pacientes con briefing y del 28,6% en los que no se realizó, RR 0,72 y RRR 27,9%. En cuanto al análisis por secuencia temporal se ha observado una reducción de las incidencias de incidentes intraoperatorios del 30,5% y de la morbilidad en el 10,6%.

Conclusiones: La realización del briefing ha permitido identificar áreas de mejora en la seguridad, eficiencia y efectividad en la atención de pacientes intervenidos de forma electiva en nuestro centro.

927. METÁSTASIS PULMONARES EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Cardenas Elias, Miguel Angel; Vázquez Rueda, Fernando; Murcia Pascual, Francisco Javier; Garrido Pérez, José Ignacio; Ramnarine Sánchez, Sharmila Devi; Paredes Esteban, Rosa María

Hospital Universitario "Reina Sofía", Córdoba. **Póster electrónico.**

Objetivos: Las metástasis pulmonares (MTP) son una de las complicaciones presentes en 30-40% de los pacientes oncológicos pediátricos. La resección de dichas metástasis puede suponer su curación. Presentamos la experiencia en el tratamiento de las metástasis pulmonares (MTP) de nuestro centro.

Métodos: Análisis retrospectivo de las metástasis pulmonares de los últimos 12 años, atendidos en nuestro medio en el paciente pediátrico.

Resultados: Un total de 11 pacientes oncológicos fueron diagnosticados de MTP, de los cuales 2 pacientes no presentaban criterios de reseccabilidad. Los tumores primarios fueron: tumor de Wilms (36%), tumores oseos (osteosarcoma y tumor de Ewing (36%), hepatoblastoma (18%) y rhabdomiocarcinoma (9%).

La edad media fue de 7,5 años (1-15 años), con predominio en el sexo masculino. Las metástasis únicas se presentaron en dos pacientes, mientras que en seis las metástasis fueron bilaterales.

Se intervinieron 9 pacientes realizándose 13 toracotomías (4 bilaterales), 2 mediante VATS. Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron: tumorectomía en 6 casos (67%), resección en cuña en 2 casos (22%) y lobectomía en un caso (11%). La confirmación histológica de las metástasis se llevó a cabo en el 78% de los pacientes, mientras que en el 22% correspondieron a atelectasias y aspergilosis broncopulmonar. En la totalidad de las metástasis se confirmó los márgenes libres de células neoplásicas. La supervivencia global fue del 100% en los pacientes intervenidos quirúrgicamente.

Conclusiones: Toda lesión sospechosa de metástasis pulmonar debe ser reseca para su correcta valoración. La resección quirúrgica unida a los distintos protocolos de quimioterapia ofrecen una óptima supervivencia en pacientes seleccionados.



930. ASOCIACIÓN DE SD BECKWITH-WIEDEMANN Y TUMOR ESTROMAL EPITELIAL ANIDADO HEPÁTICO

Sanchís Blanco, Georgina; Muñoz Miguelsanz, María de los Ángeles; Guibelalde del Castillo, Mercedes; Arias Medina, Ana; Marhuenda Irastorza, Claudia; Anton Valenti, Ester
Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: El sd Beckwith-Wiedemann (BW) predispone al desarrollo de neoplasias como el tumor de wilms o el hepatoblastoma. El tumor estromal epitelial anidado (NSET) hepático es extremadamente raro. Presentamos el cuarto caso descrito en la literatura de NSET hepático en un paciente afecto de sd BW.

Métodos: Niño de 2 años con BW, exprematuro de 31+2 semanas con antecedentes de fisura palatina y onfalocelo intervenidos. Una ecografía de rutina detectó una lesión ocupante de espacio hepática inicialmente sugestiva de hemangioma. A los 6 meses de seguimiento se evidenció crecimiento de la lesión. La RMN objetivó una lesión sólida, polilobulada, en el segmento VII-VIII hepático (25x24x26 mm), con calcificaciones, hipercaptante de forma homogénea. Las determinaciones seriadas de alfafetoproteína (AFP) fueron normales.

Se biopsió la lesión con histología sugestiva de NSET. Aunque la evolución general de este tumor es indolente, están descritas la metástasis linfática y pulmonar. Por lo que se realizó hepatectomía derecha sin incidencias.

Resultados: El estudio histológico describió una lesión de 3x2,7x2,3 cm no encapsulada, formada por nidos celulares epiteliodes con estroma fusocelular. Calcificaciones psamomatosas difusas y áreas focales de formación osteoide. Positividad para WT1. Todo ello compatible con NSET.

Conclusiones: Aunque el NSET es un tumor raro y más frecuente en mujeres jóvenes, debe sospecharse ante la presencia de una lesión hepática lobulada, bien circunscrita y con calcificaciones, localizada en el lóbulo hepático derecho y acompañada de niveles de AFP normales. La asociación con BW es excepcional y ha sido descrita previamente, siendo este el cuarto caso de la literatura.

932. PECTUS EXCAVATUM Y DEXTROPOSICIÓN CARDÍACA ASOCIADOS A HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA REPARADA. ¿ES POSIBLE LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE NUSS?

Bueno, Alba¹; Serradilla, Javier¹; Encinas, José Luí¹; Durán, Pilar²; Hernández, Francisco¹; Barrial, María¹; Nava, Francisco de Borja¹; Delgado, Carlos¹; Muñoz, Antonio Jesús¹; López-Santamaría, Manuel¹; de la Torre, Carlos Andrés¹

¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital La Paz, Madrid. ²Servicio de Anestesia y Reanimación Infantil. Hospital La Paz, Madrid. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: INTRODUCCIÓN: El pectus excavatum (PE) es la malformación congénita torácica más frecuente. En ocasiones se asocia a entidades como la hernia diafragmática congénita (HDC). Su reparación es viable mediante la técnica de Nuss en pacientes con HDC, sin embargo algunos aspectos técnicos deben tenerse en cuenta.

Métodos: PRESENTACIÓN DEL CASO:

Presentamos una paciente de 13 años con PE grave progresivo y antecedentes de un HDC izquierda corregida. Las pruebas funcionales fueron normales pero la niña y su familia referían complejo estético e impacto del mismo en su calidad de vida. En la RMN cardíaca

se encontró un PE asimétrico con Índice de Haller de 6.8 e Índice de corrección de 59%. El hallazgo más notable fue una dextroposición cardiaca completa, con la pared del ventrículo izquierdo en contacto con el esternón.

Resultados: Discutimos acerca del enfoque más apropiado y seguro para la paciente. Finalmente, se realizó un procedimiento de Nuss con dos barras de colocación desde el lado derecho. Se realizó disección roma en las adherencias pleurales encontradas.

El procedimiento transcurrió sin incidencias. La paciente presenta resultados estéticos y funcionales óptimos en el tiempo de seguimiento.

Conclusiones: La técnica de Nuss es factible en estos pacientes. Merecen especial atención la posición cardiaca y las posibles adherencias pulmonares. Se recomienda el uso de la elevación esternal durante el procedimiento.

942. MANEJO DE LOS QUISTES DE DUPLICACIÓN EN CURVATURA MENOR DEL ESTÓMAGO: 2 CASOS DE UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE CON DISTINTA PRESENTACIÓN

Alonso Arroyo, Verónica; Molina Vázquez, María Elena; Moreno Carrasco, José Luis; Gómez Beltrán, Óscar; Aguilar Cuesta, Raquel; Sánchez Abuín, Alberto
Hospital Clínico Universitario De Valladolid. **Póster electrónico.**

Objetivos: Las duplicaciones digestivas son malformaciones congénitas infrecuentes (1/4500 autopsias) que se manifiestan generalmente en los primeros años de vida. El 50% se presentan en intestino delgado, representando las gástricas tan sólo un 2- 8%. Únicamente un 5,5% de estas últimas aparecen en curvatura menor. Describimos el manejo de 2 casos de duplicación gástrica en curvatura menor con diferente presentación.

Métodos: Caso 1: recién nacida con diagnóstico prenatal sugestivo de quiste de duplicación gástrica cercano al fundus (RMN fetal a las 31SG). TAC a los 7 días de vida que confirma la sospecha diagnóstica. Caso 2: niña de 2 años que ingresa en urgencias con fiebre alta, abdominalgia difusa, signos de peritonitis, leucocitosis, neutrofilia y elevación de PCR. Ecografía y TAC no concluyentes.

Resultados: Caso 1: a los 14 días de vida exéresis laparoscópica de quiste en curvatura menor del 1/3 superior del estómago. Trócares: 5 mm umbilical y 3mm en ambos flancos. Histología compatible con quiste de duplicación gástrica. Evolución favorable. Caso 2: laparotomía exploradora que evidencia quiste perforado en el 1/3 inferior de la curvatura menor del estómago sin comunicación con su cavidad. Resección completa de la tumoración. Histología compatible con quiste de duplicación gástrica, mucosa gástrica ectópica, abscesificación y calcificaciones.

Conclusiones: Recomendamos la exéresis quirúrgica de los quistes de duplicación gástrica incluso en casos asintomáticos, amparándonos en la prevención de complicaciones como la perforación y el riesgo de degeneración neoplásica. Aunque infrecuentes, las duplicaciones digestivas deben formar parte del diagnóstico diferencial ante abdomen agudo con apéndice normal.

943. MIGRACIÓN INTRAURETERAL DE CATÉTER DOBLE J TRAS PIELOPLASTIA

Larreina de la Fuente, Leire; Villanueva Mateo, Ángel; González Temprano, Nerea; Villalón Ferrero, Flor de Nieve; Etxart Lopetegui, Eider; Ramos García, José Luis; Chocarro Amatriain, Gloria; Urbistondo Galarraga, Alexander
Hospital Universitario Donostia. **Póster electrónico.**



Objetivos: El catéter ureteral doble "J" es un dispositivo ampliamente utilizado en la urología pediátrica. Se presenta el caso de una complicación infrecuente, como es la migración proximal y distal de dicho catéter tras una pieloplastia.

Métodos: Se describe el caso clínico de un paciente con antecedente prenatal de hidronefrosis derecha por estenosis pieloureteral, intervenido a los 4 meses de edad realizando una pieloplastia derecha y colocación de doble "J" (3Fr x12cm). A los 4 días de la intervención acude a urgencias por dolor abdominal, vómitos repetidos y diuresis escasa. A la exploración presentaba abdomen distendido y defensa en flanco derecho. Ante la sospecha de complicación postquirúrgica se realiza TAC-abdominal, visualizando ureterohidronefrosis derecha con presencia de catéter doble J encallado a nivel del tercio medio.

Resultados: Ante los hallazgos, se interviene practicándose cistoscopia y extracción de doble "J" mediante sonda-lazo y control radiológico, que cursó sin incidencias. El paciente evolucionó favorablemente sin colocación de nuevo catéter, con resolución de la ureterohidronefrosis.

Conclusiones: La elección adecuada de la longitud del catéter doble "J" es un elemento clave para evitar la migración del mismo. Abogamos por la utilización de pruebas complementarias como la escopia intraoperatoria o la radiografía abdominal postquirúrgica, para asegurar la correcta colocación del catéter.

946. ESTENOSIS URETRAL, MEGAVEJIGA Y MEGALOURETRA: UNA TRÍADA INFRECUENTE DENTRO DEL SÍNDROME DE VACTER

Estors Sastre, Blanca¹; Hernández Calvarro, Ana Edith²; Calleja Aguayo, Elena¹; Marhuenda Irastorza, Claudia¹

¹Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: Presentamos un caso de megalouretra asociada a megavejiga y estenosis uretral en un paciente con síndrome de VACTER.

Métodos: Paciente de 9 años afecto de síndrome de VACTER con las siguientes malformaciones al nacimiento: atresia anorrectal con fístula rectovesical, riñón izquierdo displásico afuncional por reflujo vesicoureteral, megavejiga con estenosis congénita uretral, displasia lumbosacra, foramen oval permeable e hipospadias. Los antecedentes quirúrgicos son: colostomía en período neonatal, descenso anorrectal laparoscópico con desconexión de fístula rectovesical a los 7 meses, cierre de colostomía, nefroureterectomía izquierda y derivación urinaria con uréter a los 12 meses, dilatación uretral con balón en dos ocasiones entre los 17 y 18 meses y cierre de derivación urinaria a los 21 meses. A los 5 años se inicia biofeedback urinario para mejorar vaciamiento vesical con buena evolución posterior. A los 8 años finalmente se realiza cirugía de hipospadias peneano proximal tipo megalouretra escafoide realizándose uretroplastia sin incidencias.

Resultados: Actualmente el paciente se encuentra asintomático sin clínica de disfunción vesical y presenta un buen chorro miccional sin aparición de fistulas ni otras complicaciones.

Conclusiones: Se han descrito diversas anomalías genitourinarias asociadas al síndrome VACTER, pero la aparición de la tríada estenosis uretral, megavejiga y megalouretra es muy



rara, habiéndose descrito pocos casos en la literatura. En nuestro caso, el abordaje por etapas ha permitido un resultado funcional adecuado sin deterioro de la función renal.

948. EXPERIENCIA INICIAL EN EL TRATAMIENTO DE HERNIAS INGUINALES E HIDROCELES COMUNICANTES CON TÉCNICA DE PIRS

Tirado Pascual, Mónica; Hernández Rodríguez, Raquel; Pérez Etchepare, Eduardo; Velázquez Fragoso, Laura; Lasso Betancor, Chelsy; Barrientos Fernández, María Gema; Gómez Culebras, Mario Alberto

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. **Póster electrónico.**

Objetivos: Las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas tienen cada vez mayor aplicabilidad en la edad pediátrica. Presentamos nuestra experiencia inicial en la realización de la técnica PIRS (sutura percutánea del anillo inguinal profundo).

Métodos: Revisión retrospectiva de los pacientes con diagnóstico de hernia inguinal o hidrocele comunicante, sin cirugía abdominal previa, intervenidos según la técnica PIRS entre 2017-2018 en nuestro centro. La técnica se realizó bajo visión directa con óptica 5mm-30 grados introducida por puerto umbilical. Se utilizaron aguja hueca, sutura monofilamento de polipropileno y sutura trenzada de poliéster. En el caso de conducto peritoneovaginal permeable contralateral, se reparó mediante PIRS en el mismo acto quirúrgico, aún en ausencia de sintomatología.

Resultados: Se realizaron 33 PIRS en 23 niños y 3 niñas en régimen ambulatorio. La edad media fue 63.92 meses (3-156 meses). Diecinueve casos fueron unilaterales y siete bilaterales, siendo el tiempo medio 22 (6-90 minutos) y 33 minutos (15-60 minutos) respectivamente. Al comienzo de nuestra curva de aprendizaje tuvimos 1 recidiva precoz en lactante prematuro que se reintervino mediante PIRS sin incidencias, 2 casos de lesión vascular, resueltos con medidas compresivas y 1 conversión a herniotomía abierta. Se realizó simultáneamente biopsia hepática en 1 paciente. El seguimiento fue de 1-12 meses.

Conclusiones: La técnica PIRS evita la manipulación de los elementos del cordón espermático, permite el diagnóstico intraoperatorio y reparación de defectos contralaterales y la realización concomitante de otros procedimientos laparoscópicos. En nuestra experiencia inicial, presenta una curva de aprendizaje rápida, con buenos resultados funcionales y estéticos, sin cicatrices visibles.

951. POLIORQUIDISMO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS MASAS TESTICULARES

Casal Belay, Isabel; García González, Miriam; Vela, Diego; Pais, Ernesto. Maternidad Belén Hospitales Madrid. A Coruña. **Póster electrónico.**

Objetivos: Analizar las posibles variables anatómicas cuantitativas testiculares. Presentamos el caso de un varón con triorquidismo.

Métodos: Paciente varón, 11 años, sin antecedentes. Valorado por masa escrotal izquierda, de 1.5cm, móvil y lisa, de 3 meses de evolución.

Marcadores tumorales negativos. Ecografía y RMN que demostraron a nivel del saco escrotal dos estructuras redondeadas, bien definidas, de tamaño, morfología y patrón do-



ppler similar. Radiografía pulmonar normal. Gammagrafía Tc99 sin captación, descartando una posible fusión esplenogonadal.

Resultados: Ante los hallazgos de las pruebas complementarias, se realizó exploración quirúrgica vía inguinal, objetivando dos testículos en el lado izquierdo, unidos por un epidídimo común. El teste criptorquídico presentó una estructura vascular muy dilatada y única, mientras que el teste de localización habitual presentó un cordón espermático con sus estructuras normales. Se realizó la exéresis del teste sin potencial reproductivo. Los resultados de anatomía patológica mostraron una estructura testicular conservada.

Conclusiones: La poliorquidia, aunque excepcional, es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las masas escrotales. Las pruebas de imagen como ecografía y RMN ofrecen una orientación importante en el momento del diagnóstico inicial. Sin embargo, la exéresis quirúrgica es fundamental para el estudio histológico del teste supranumerario, descartando malignidad y proporcionando un enfoque terapéutico ótimo.

952. VALORACIÓN DE OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA PARA LA PLANIFICACIÓN DE TRATAMIENTO EN NIÑOS CON SECUENCIA PIERRE ROBIN

Moreno Montero, Anna; Muñoz Miguelsanz, María de los Ángeles; Bosch Lozano, María Carmen; Bregante Ucedo, Juan Ignacio; Marhuenda Irastorza, Claudia
Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. [Póster electrónico.](#)

Objetivos: La secuencia Pierre Robin (SPR) es la asociación de micrognatia, glosoptosis y obstrucción de vía aérea (OVA) con/sin fisura palatina. Aunque existen métodos objetivos para valorar la severidad de la OVA, la pulsioximetría y polisomnografía, no hay indicaciones tan bien definidas para su tratamiento. El objetivo es evaluar la necesidad del estudio de la OVA para el manejo óptimo de los niños con SPR.

Métodos: Estudio observacional durante el periodo 2014-2017 de los niños con SPR de nuestro servicio con síntomas de OVA en el periodo perinatal. Los datos recogidos fueron edad de la valoración, tipo de estudio realizado, hallazgos clínicos, tipo de tratamiento aplicado (conservador, quirúrgico) y resultado final.

Resultados: Presentamos 9 pacientes con SPR y sospecha clínica de OVA (ronquido en decúbito supino, irritabilidad, retraso de crecimiento, dificultad para la alimentación) controlados en nuestro centro. Todos presentaban la tríada clásica asociado a fisura palatina. La edad media de valoración fueron 1,5 meses. A todos se les realizó polisomnografía o pulsioximetría nocturna, como alternativa. A excepción de tres de los pacientes, cuyos resultados fueron normales y no precisó tratamiento, el resto presentaron índices de OVA moderados-severos. Todos ellos fueron manejados de manera conservadora con medidas posturales y/o dispositivos de ortodoncia: 3 mejoraron la sintomatología así como los estudios complementarios, y al resto se indicó tratamiento quirúrgico (glosopexia, distracción mandibular).

Conclusiones: En nuestra experiencia, los pacientes con SPR con diagnóstico clínico y funcional de OVA severa que no mejoran con las medidas posturales, precisarán tratamientos quirúrgicos, en concordancia con la bibliografía publicada.



**PROGRAMA
ENFERMERÍA**



**COMITÉ ORGANIZADOR DEL V CONGRESO DE ENFERMERÍA
EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA**

ROSARIO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ
Presidente

María Dolores Martínez García
Secretario

José Díaz Rodríguez
Tesorero

Gloria Serrano García
Vocal

Concepción Collado Torres
Vocal

Manuela Ramírez Fernández
Vocal

Cristina Gavala Arjona
Vocal

**COMITÉ SELECCIÓN DEL V CONGRESO DE ENFERMERÍA
EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA**

Javier Rodríguez Ruiz

Rosa María Muñoz Sánchez

M. Ángeles Santisteban Bravo

M^a Encarnación Sánchez Rodríguez

Ana Jesús López Rodríguez

Silvia Montalbán Quesada

Consuelo Romero González



MIÉRCOLES 23 DE MAYO DE 2018		JUEVES 24 DE MAYO DE 2018	VIERNES 25 DE MAYO DE 2018
TALLER DE OSTOMÍAS	TALLER DE CIRUGÍA MENOR	V CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	
SALA DE INFORMÁTICA 5ª PLANTA DEL EDIFICIO DE GOBIERNO HVN	SALA DE JUNTAS 3ª PLANTA HMI	PALACIO DE CONGRESOS DE GRANADA: SALA MACHADO (PLANTA -2)	
8:00		RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN	
8:30		BIENVENIDA	
8:45		VISUALIZACIÓN DE PÓSTERES	MESA 3: TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN ESPAÑA.
9:00			
9:30			
9:45		ACTO INAUGURAL	
10:00		PAUSA CAFÉ (HALL EXPOSICIÓN COMERCIAL)	COMUNICACIONES ORALES 3
10:30		MESA 1: NEUROCIRUGÍA	PAUSA CAFÉ (HALL EXPOSICIÓN COMERCIAL)
10:45			
11:00			MESA 4: PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA ENFERMERÍA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA
11:30			
12:00		COMUNICACIONES ORALES 1	DEFENSA DE PÓSTER
12:15		COMIDA DE TRABAJO	
12:30			
13:00			
13:30			
14:00			
14:30			
15:00			
15:30		MESA 2: PRÁCTICA AVANZADA DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	CONFERENCIA DE CLAUSURA
16:00	TALLER DE OSTOMÍAS	TALLER DE CIRUGÍA MENOR	ENTREGA DE PREMIOS
16:30			
16:45			
17:00			COMUNICACIONES ORALES 2
17:15			
17:30			
17:45			
18:00			
18:30			
19:00			
19:30			
21:00		ACTO INAUGURACIÓN CONGRESO (CARMEN DE LOS MÁRTIRES)	
21:30			CENA CLAUSURA (CARMEN DE LOS CHAPITELES)
22:00			
23:00			
00:00			



LVII CONGRESO DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

V CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA
EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA



TALLERES PRE-CONGRESO

MIÉRCOLES, 23 DE MAYO DE 2018
16:00 a 19:00 h.

TALLER DE OSTOMÍAS

Carmen Castellano Ibáñez
Rosario Montalbán González

Lugar de celebración:

Sala de informática 5.ª planta Edificio de Gobierno
Hospital Universitario Virgen de las Nieves

TALLER DE CIRUGÍA MENOR

Manuel Eduardo Ruiz García

Lugar de celebración:

Sala de Juntas 3.ª planta
Hospital Materno Infantil



PROGRAMA ENFERMERÍA

JUEVES, 24 DE MAYO

(Sala Machado. Planta -2)

08:00 a 08:30 h

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN (Secretaría Técnica - Planta 2)

08:30 a 08:45 h

BIENVENIDA

08:45 a 10:00 h

VISUALIZACIÓN DE PÓSTERES

10:00 a 10:30 h

ACTO INAUGURAL

10:30 a 11:00 h

PAUSA CAFÉ (Hall Exposición Comercial)

11:00 a 13:00 h

MESA 1. NEUROCIRUGÍA

Moderadora:

M.^a Encarnación Sánchez Rodríguez. Granada

- **Cuidados enfermero en pacientes pediátricos intervenidos de Neurocirugía**
Dolores Lupiáñez Moral. Granada
- **Cirugía de la epilepsia en pediatría**
Consuelo Romero González. Granada
- **Manejo perioperatorio del paciente pediátrico**
Jesús Rufino Ruiz. Granada



13:00 a 14:00 h

COMUNICACIONES ORALES 1

Moderadora:

Rosario Fernández Sánchez. Granada

- **PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN NEONATOS: UN “GRAN” TRABAJO EN EQUIPO PARA LOS PACIENTES MÁS “PEQUEÑOS”**

Eva Fraga Moya, Fátima González Fernández, Ana Soledad Andrade Hita, María de las Nieves González Gil, María José Marín González, Concepción Dueñas Matos, María José Fresno Ballesteros, María Carmen Soto Beauregard, Juan Manuel Berzosa Grande, Carlos González Perrino

Hospital Clínico San Carlos (Madrid). **Oral 5 minutos**

Objetivos: En los recién nacidos, sobre todo en los prematuros, al riesgo de la cirugía hay que añadir problemas específicos (ventilatorios y hemodinámicos). Esta comunicación tiene como objetivo resaltar la importancia de “NO” trasladar al RN con un peso menor de 1,5 kg desde la unidad de cuidados intensivos neonatales hasta el quirófano, así se evitan riesgos y aumenta la seguridad para el niño.

Material y método: Para realizar la cirugía en su propia cuna se creó un grupo de trabajo multidisciplinar. El bloque quirúrgico aporta enfermeras y auxiliares especializadas que están preparadas para este tipo de cirugía. Trasladamos un carro de transporte con lo necesario para la intervención, un electro-bisturí y una lámpara portátil. Se elaboró un listado de verificación quirúrgica. Con todo esto se evitan riesgos (periodos de hipotermia, hipoxia) dejando al neonato seguro en su destino.

Resultados: Durante los últimos dos años se han realizado 20 procedimientos quirúrgicos en la UCIN en 17 pacientes. La mediana de la edad gestacional fue de 27 semanas (rango 23+3s - 39+6s) y el peso al nacimiento fue de 950 gramos (rango 500-3640 gramos). La duración media de la cirugía fue de 50 minutos.

Conclusión: Se disminuye el tiempo de respuesta tras la indicación quirúrgica, consiguiendo una menor morbilidad evitando el traslado y una aceptación completa por parte de todos los equipos profesionales participantes. Esta nueva organización no ha supuesto ningún coste añadido.

- **CRANEOSINOSTOSIS**

Raquel Izquierdo Ortega, Elena García de María, Carmen María Nieto Crespo
Hospital 12 de Octubre. **Oral 5 minutos**

Objetivos: La Craneosinostosis es un defecto congénito que causa el cierre prematuro de una o más suturas en la cabeza del recién nacido. Origina problemas en el crecimiento del cráneo y del cerebro y puede provocar aumento en la presión intracraneal y cambio en el aspecto normal y simétrico de los huesos faciales o del cráneo. Con este trabajo se pretende actualizar los conocimientos del cuidado de enfermería en los niños intervenidos de esta patología, y así mejorar la práctica asistencial en dicha interven-

ción. Material y Método. Nos basamos en la experiencia de nuestra práctica diaria actual. Que en año 2016 ha sido de 37 y en 2017 de 25 casos de Craneosinostosis. Contrastamos información con los neurocirujanos de nuestra unidad. Realización de una búsqueda bibliográfica exhaustiva.

Resultados: Con la formación adecuada del personal de enfermería se consigue garantizar unos cuidados tanto preoperatorios como postoperatorios óptimos. Mejoramos el tiempo de la estancia hospitalaria, se reducen posibles complicaciones y se proporciona una educación sanitaria a los cuidadores mas adecuada a la hora del alta.

Conclusiones: Es importante formar al personal de enfermería en las competencias y aptitudes necesarias para garantizar la calidad de los cuidados de los niños intervenidos de Craneosinostosis durante todo su ingreso hospitalario.

- **PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA CORRECTA COLOCACIÓN, CONFORT Y MONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA EN EL PACIENTE DE NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA**

María José Montesinos Guillén, Cristina Pérez Albors, Evelia Galilea Saez-Laguna, Ruth Anquela Gracia

Hospital Miguel Servet Quirófano Cirugía Pediátrica Zaragoza. **Oral 5 minutos**

Objetivos: Asegurar una correcta colocación del paciente de neurocirugía pediátrica evitando las posibles complicaciones manteniéndolo lo más fisiológicamente posible.

Realizar una correcta monitorización junto con Anestesia tanto básica como avanzada en función de la intervención a realizar.

Conocer y manejar el aparataje y recursos necesarios para la cirugía y sus diferentes vías de abordaje.

Método y material: En la neurocirugía pediátrica realizamos diversas intervenciones que precisan de una vía de abordaje en ocasiones no del todo fisiológicas, nuestra labor como personal de Enfermería es participar junto con el resto del equipo quirúrgico en la adecuada colocación del paciente velando en todo momento por su confort y la disminución de las potenciales complicaciones asociadas a la posición.

Cuando sea necesario el uso de aparataje y monitorización anestésica específica, enfermería debe conocerlo y manejarlo para un correcto desarrollo del proceso quirúrgico.

Las sesiones formativas en los servicios favorece el correcto desarrollo del proceso quirúrgico que en ocasiones se prolonga en largos tiempos quirúrgicos y anestésicos.

Resultados: Disminución de las complicaciones asociadas a una mala colocación del paciente.

Control del aparataje en el paciente neuro quirúrgico pediátrico.

Conclusiones: El personal de Enfermería debe conocer y manejar todo el aparataje asociado a la monitorización anestésica y la técnica quirúrgica, para disminuir las complicaciones iatrogénicas asociadas a malas posturas, excesivos tiempos quirúrgicos, etc.



- **CIRUGÍA CRANEOFACIAL: RECOGIDA, CONSERVACIÓN Y FUTURA UTILIZACIÓN DE HUESO**

Jesús Núñez Pérez

Hospital Materno Infantil del Virgen de las Nieves de Granada. Unidad: Quirofano. **Oral 5 minutos**

Objetivos: En la craneosinostosis una o más suturas craneales del bebé se cierran precozmente, provocando forma anormal de la cabeza y limitando el crecimiento y desarrollo cerebral. El tratamiento es quirúrgico. Consiste en abrir la sutura cerrada y remodelar el cráneo. Durante la cirugía se suele generar residuo óseo quirúrgico que se desecha. Surge la idea de conservarlo en banco de hueso, ya que, entre un 10% - 20% de estos niños vuelven a ser operados por debilidades óseas craneales. En estos casos se le extrae hueso de otra parte donante. El objetivo sería mejorar la práctica asistencial de dicha intervención, utilizando los fragmentos óseos conservados, sin extraer hueso de otra parte del cuerpo.

Material y método: Se comprueba viabilidad del proyecto. Se coordina equipo multidisciplinar. Enfermería crea el circuito entre banco de tejidos y quirófano y el protocolo de recogida de hueso. La actividad se registra en un libro destinado a ello. A día de hoy son 13 niños a los que se le ha recogido hueso.

Resultados: Siguiendo la metodología del protocolo de recogida, los fragmentos óseos de estos 13 niños son conservados correctamente, a la espera de ser utilizados si fuera necesario.

Conclusiones: Es algo pionero. Se abre un nuevo campo de estudio para utilizar dicho hueso en niños con otras patologías óseas. Enfermería ha sido precursora, parte activa en el desarrollo del mismo, jugando un papel fundamental en gestión, recogida de las piezas óseas, almacenaje y futura implantación. Se reduce la morbilidad de esta intervención.

- **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DRENAJES EXTERNOS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO**

M^a Peña Carrascal Díaz, Ana M^a Muñoz Ayala, Ernesto Péres Fernández

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Hospital Infantil. **Oral 5 minutos**

Objetivos: Dar a conocer las diferencias entre un drenaje ventricular externo y drenaje lumbar externo. Conocer el manejo de estos tipos de drenajes en niños tras ciertos cirugías neurológicas. Identificar, evaluar y responder a las posibles complicaciones.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas de MEDLINE/Pubmed, Lilacs, Cochrane, Scielo, Ovid, Elsevier, EBSCO y a partir de los términos "líquido cefalorraquídeo, cuidados de enfermería, drenaje ventricular, drenaje lumbar". Para ello se buscan artículos, serie de casos y experimentos clínicos publicados entre 2012 y 2016.

Resultados: La colocación de un drenaje u otro vendrá indicado según la patología neurológica del niño. Se utilizarán estos catéteres para la monitorización de la presión intracraneal (PIC), drenaje de LCR, administración de fármacos y obtención de muestras. Minimizaremos los riesgos de infección, obstrucción del catéter, pérdida de LCR por el punto de inserción, hemorragia y desplazamiento del catéter. Identificaremos la sintomatología de un niño cuando aparezcan las complicaciones citadas en el punto anterior.



Conclusiones: La utilización de los drenajes externos es una técnica frecuente en pacientes pediátricos neuroquirúrgicos. Los cuidados de enfermería son de vital importancia para el mantenimiento del sistema evitando riesgos que se puedan ocasionar con la utilización de estos drenajes. Por esta razón es necesario estandarizar su manejo para conseguir unos resultados óptimos.

14:00 a 15:30 h

COMIDA DE TRABAJO (Planta 2)

15:30 a 17:00 h

MESA 2. PRÁCTICA AVANZADA DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Moderador:

M^a Dolores Martínez García. Granada

- **Rol de la enfermería quirúrgica en la Unidad de Malformaciones Craneofaciales y Fisura Labio-Palatina**
Dolores Gallardo Abad
- **Manejo de quemaduras en edad pediátrica**
Lorenzo Pérez Santos
- **Presentación guía para padres de niños portadores de ostomiaso**
Carmen Castellano Ibáñez

17:00 a 18:00 h

COMUNICACIONES ORALES 2

Moderador:

José Díaz Rodríguez. Granada

- **ACTUALIZACIÓN Y MANEJO DE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS DE LA ENTEROCISTOPLASTIA EN PACIENTES CON EXTROFIA VESICAL**

David Vicente Navarro, Marina Toro González, Antonia Almena Rejas, Irene Tirado Martínez, María Almudena Arias Búrdalo, Begoña Morata Cobo, María José Chanfreut Ruz, Eva María Ruiz Pizarro, Mercedes Braseró Herranz

Hospital 12 de Octubre. **Oral 5 minutos**

Objetivos: estandarizar los cuidados postoperatorios en pacientes intervenidos de extrofia vesical, que es una malformación congénita grave de carácter urogenital, con un postoperatorio complejo. Y como objetivo específico se pretende mejorar la comunicación e información transmitidas al paciente y familia.

Material y métodos: Se ha creado un grupo de trabajo que realiza una revisión de las publicaciones más actuales en las principales bases de datos. Así mismo se hace un estudio retrospectivo sobre los pacientes intervenidos en nuestra unidad en los años 2016 y 2017, cuyos datos fueron recogidos de la historia clínica electrónica.



El grupo de trabajo sirve de referente dentro la unidad de enfermería realizando actividades formativas y solventando las dudas y posibles dificultades que surgen tanto en los profesionales como en la unidad familiar durante el proceso.

Resultados: Mediante el seguimiento realizado a los pacientes intervenidos de extrofia vesical y con las actividades formativas dentro de la unidad, se ha conseguido que tanto profesionales de enfermería como unidad familiar estén dotados del conocimiento necesario para garantizar unos cuidados de calidad en estos pacientes.

Conclusión: Debido a la baja incidencia de la extrofia vesical y la complejidad de dicho proceso, vemos la necesidad de la estandarización de los cuidados y en relación con este estudio la elaboración y posterior implantación de una guía.

- **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA MANOMETRÍA Y LA PH/IMPEDANCIOMETRÍA ESOFÁGICA EN LA EDAD PEDIÁTRICA**

Ernesto Pérez Fernández, María Peña carrascal Díaz, Ana María Muñoz Alaya, María del Rocío Blanco Rubio

U.G.C. Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. **Oral 5 minutos**

Objetivos: Dar a conocer las técnicas de la manometría esofágica, la ph-metría convencional y la ph+impedanciometría, así como los cuidados de enfermería que hay que prestar durante la duración de los estudios en la edad pediátrica.

Material y métodos: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos habituales, (medline, cuiden citacion, cochrane plus) a partir de los términos “manometría”, “phmetría” e “impedanciometría”, así como consulta de los protocolos previos.

Resultados: Estandarizar los cuidados enfermeros permite homogeneizar la calidad de los mismos, así como reducir la variabilidad.

Conclusiones: Existen pocos protocolos de actuación en edades pediátricas, porque hay pocas unidades especializadas. El hecho de dar unos cuidados homogéneos permite tranquilizar y dar seguridad a los pacientes, sus familiares y a los profesionales que tengan que cuidar a pacientes sometidos a estos procedimientos y estén poco familiarizados con su manejo.

- **COMPROBAR LA MEJORÍA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS CON INCONTINENCIA URINARIA DE CAUSA NEURÓGENA EN PROGRAMA DE CATETERISMO INTERMITENTE DESPUÉS DE SU INCLUSIÓN EN UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA**

Carmona Jiménez, Rosa María, Serrano Mínguez, María Isabel

Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. **Oral 5 minutos**

Objetivo: comprobar la mejoría de la calidad de vida de los niños con incontinencia urinaria de causa neurógena en programa de cateterismo intermitente después de su inclusión en un programa de educación sanitaria. Ámbito de estudio: Hospital Sant Joan de Déu, desde julio-2017 hasta octubre-2018.

Metodología: Estudio cuasi experimental pre y post implantación de un programa de educación sanitaria en el manejo del cateterismo intermitente. De todos los pacientes con edad comprendida entre 8-16 años, que acuden a la consulta de continencia. La reco-

gida de datos se realizará en un periodo de 36 a 12 meses después del programa educativo mediante la utilización del cuestionario I-QOL (Calidad de vida con incontinencia urinaria) además, de una escala ad-hoc para monitorizar las variables sociodemográficas. Implicaciones para la práctica: identificar necesidades de mejora en la educación sanitaria o incluso de formación de los profesionales, así como la validación de la educación sanitaria realizada en este perfil de pacientes.

Conclusiones: importancia de realizar un buen programa de capacitación para mejorar el empoderamiento de padres y profesionales, mejorando de esta manera su calidad de vida.

• INCORPORACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL EN EL MANEJO DE HIPOSPADIAS

M.^a del Rocío Blanco Rubio, Carolina Valverde Peñas, Ernesto Pérez Fernández, Francisca Jarana Molero, María Teresa López Marín
Hospital Infantil Virgen del Rocío de Sevilla. **Oral 5 minutos**

Introducción: Con el objetivo de mejorar y sistematizar la participación del cuidador en el proceso asistencial del paciente con hipospadias, en el año 2017 nuestro equipo diseñó una vía clínica en la que se incluye un folleto explicativo de diseño propio y un programa de formación para padres y niños en el manejo del postoperatorio de estos pacientes.

Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo es describir y analizar los resultados preliminares de la implantación de la vía clínica del hipospadias en nuestro centro.

Material y métodos: Presentamos tanto la vía clínica como el folleto explicativo y analizamos de forma prospectiva los resultados clínicos y de satisfacción de los familiares de los pacientes intervenidos en nuestro centro desde marzo de 2017.

Para el estudio se analiza la estancia media, las complicaciones postoperatorias relacionadas con el manejo domiciliario de la sonda y la medicación.

Resultados: Desde marzo de 2017 todos los pacientes(64) intervenidos en nuestro centro han sido incluidos en la "Vía Clínica de Hipospadias".

La estancia media de nuestros pacientes ha sido, con una reducción de la misma con respecto a la estancia media anterior de 2 días.

En 3 casos los pacientes necesitaron reingreso, por dolor(1) y por infección (2).

Conclusiones: La elaboración e implantación de un protocolo en el manejo de hipospadias para el cuidador principal, favorece la reducción del tiempo de estancia hospitalaria, así mismo, disminuye la ansiedad que provoca la hospitalización y las posibles infecciones nosocomiales.

19:30 h

ACTO DE APERTURA

CARMEN DE LOS MÁRTIRES

Paseo de los Mártires, s/n
18009 Granada

(Salida en autobús desde la sede del congreso, regreso al finalizar el acto)



VIERNES, 25 DE MAYO
(Sala Machado. Planta -2)

08:30 a 10:00 h

MESA 3. TRANSPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN ESPAÑA

Moderadora:

Rosa Muñoz Sánchez. Granada

- **Transplante de órganos y tejidos en España**
Encarnación Durán Carranza. Granada
M.^a Dolores Martínez Contreras. Granada
- **Proceso de donación: generosidad en el peor momento**
Blas Baquedano Fernández. Granada

10:00 a 11:00 h

COMUNICACIONES ORALES 3

Moderadora:

M.^a Dolores Martínez García. Granada

- **PROTOCOLO DE LA PREVENCIÓN DE LA HIPOTERMIA PERIOPERATORIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO**

María José Montesinos Guillén, Cristina Pérez Albors, Evelia Galilea Sáez-Laguna, Ruth Anquela Gracia

Hospital Miguel Servet Quirófano Cirugía Pediátrica Zaragoza. **Oral 5 minutos**

Objetivos: Mantener la normotermia del paciente pediátrico para prevenir las complicaciones derivadas de la hipotermia inesperada. Protocolizar las actuaciones enfermeras en procesos y pacientes que por sus características y factores de riesgo asociados tienen mayor probabilidad de desequilibrio de la temperatura. Mejorar los conocimientos enfermeros en el uso de dispositivos para la prevención de la hipotermia. Valorar de manera independiente y/o interdependiente con el personal facultativo implicado en el proceso quirúrgico las necesidades a cubrir y protocolos a llevar a cabo.

Material y métodos: Con el respaldo de estudios realizados por nuestros compañeros facultativos, elaboramos una guía para el conocimiento, manejo y criterios de utilización de los dispositivos para el control de la temperatura en el proceso perioperatorio pediátrico del Quirófano de Cirugía Pediátrica del Hospital Infantil de Zaragoza. Se trata de un estudio descriptivo observacional orientado hacia las Intervenciones de Enfermería en el Quirófano, interdependientes e interdependientes en colaboración con el resto del equipo.



Resultados: Termorregulación eficaz en todo el proceso quirúrgico. Actuaciones regladas mediante protocolos. Control adecuado de las complicaciones. Trabajo interrelacionado del equipo multidisciplinar.

Conclusiones: Los dispositivos para la prevención de la hipotermia resultan de especial relevancia en el control de las complicaciones potenciales del proceso quirúrgico.

La protocolización de los procedimientos contribuye a un trabajo sistemático y organizado para la minimización de riesgos en el paciente quirúrgico pediátrico.

- **GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA POSTQUIRÚRGICOS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE AMPLIACIÓN VESICAL**

Damián Escobar Llompart, María Isabel García Garrote, José María Guerrero Aranda
Hospital Infantil Virgen del Rocío. **Oral 5 minutos**

Introducción: La ampliación vesical es una técnica quirúrgica que requiere de unos cuidados específicos de enfermería para prevenir complicaciones en el posoperatorio como pueden ser infección urinaria, obstrucción de catéteres por producción de moco, complicaciones metabólicas, litiasis, etc.

Metodología y material: Búsqueda bibliográfica en bases de datos como Google Academy, PubMed, Scielo, etc. Desde nuestra experiencia en la unidad de cirugía pediátrica y en colaboración con el equipo de cirugía pediátrica.

Objetivos: Unificar criterios y metodología en los cuidados postquirúrgicos de enfermería en el paciente intervenido de ampliación vesical. Disminuir las complicaciones derivadas de los cuidados de enfermería en pacientes sometidos a dichas intervenciones quirúrgicas.

Resultados: Disminución del número de complicaciones del paciente en el posoperatorio tardío tras la correcta aplicación de cuidados enumerados en nuestra guía, tales como control y lavado de catéteres, administración de antibioterapia, registros de enfermería, etc.

Conclusiones: Mediante una guía unificada de cuidados de enfermería se disminuye el número de complicaciones, mejorando el confort, evolución del paciente, disminuyendo así el tiempo de estancia hospitalaria y reduciendo el gasto hospitalario.

- **ENSEÑANZA A CUIDADORES DE PACIENTES INTERVENIDOS DE AMPLIACIÓN VESICAL PARA SUS CUIDADOS DOMICILIARIOS**

José M.^a Guerrero Aranda, Damián Escobar Llompart, Isabel García Garrote.
Hospital Infantil Virgen del Rocío (Sevilla). **Oral 5 minutos**

Introducción: La ampliación vesical es una técnica quirúrgica que va a requerir unos cuidados específicos que tendrán que ser realizados por el propio paciente o por sus cuidadores principales una vez que se encuentre el paciente en su domicilio.

Objetivos: Adiestramiento al paciente y cuidadores principales del manejo, control y cuidados de los distintos dispositivos con los que el paciente es dado de alta. Que el paciente y cuidadores principales adquieran las destrezas necesarias para llevar unos cuidados y un



control de calidad en su domicilio y saber reconocer de forma precoz las posibles complicaciones derivadas del proceso.

Metodología y material: Búsqueda bibliográfica en bases de datos como Google Academy, PubMed, Scielo, etc. Además de nuestra experiencia en la unidad de cirugía pediátrica y en colaboración con el equipo de cirugía pediátrica. La población de estudio son pacientes intervenidos de ampliación vesical.

Resultados: Tras la correcta educación y adiestramiento sanitario durante la estancia hospitalaria y bajo la supervisión imprescindible de enfermería se aumenta el conocimiento, habilidades y seguridad tanto del paciente como de los cuidadores principales ante la correcta manipulación y control de los distintos dispositivos que el paciente portará una vez que se vaya de alta.

Conclusiones: Tras una correcta educación sanitaria aumentamos la autonomía e independencia del paciente, al mismo tiempo aumentamos la seguridad de los cuidadores principales, disminuyendo el riesgo de cansancio del rol del cuidador y favoreciendo la integración del paciente en su entorno y vida cotidiana.

• ENFERMERA REFERENTE EN CONTINENCIA URINARIA PEDIÁTRICA

M^a Isabel Serrano Mínguez; Rosa M.^a Carmona Jiménez; Consuelo Martín Romero; M.^a José Pérez Recio; Anna Fernández López; Marta Simó Nebot; Oriol Martín Solé; Luis García Aparicio; Sonia Pérez Bertólez

Unidad Funcional de Incontinencia Urinaria Pediátrica. División de Enfermería. Servicio de Pediatría. Servicio de Cirugía. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona (UB).

Oral 5 minutos

La incontinencia urinaria infantil (IUI) es el problema de salud más extendido en Europa Occidental y, el menos conocido. En España, este síntoma afecta a 2,5 millones de individuos. Las entidades más frecuentes relacionadas con la incontinencia en pediatría son la enuresis nocturna (EN) y la incontinencia diurna (ID), que, aunque no comprometen la salud, suponen una pérdida importante de la calidad de vida de los niños.

Implantar un programa de atención interdisciplinar para niños con IU, con la finalidad de empoderar a los padres en el manejo de sus hijos y mejorar su calidad de vida.

La Unidad Funcional de IUI está integrada por Pediatría, Urología, Enfermería, Rehabilitación, Neurología y Psicología, con el objetivo de establecerse como referente en la atención a estos pacientes.

En esta unidad funcional de IUI, la 1^a visita la realiza enfermería. La enfermera realiza una anamnesis orientada a la incontinencia, entrega un calendario nocturno (registro de noches mojadas/noches secas) y un diario miccional de 3 días. También valora la motivación del niño/familia, y recoge exploraciones previas realizadas. La 2^a visita la realiza enfermería: indica la terapia conductual y motivacional a seguir, y valora si precisa el uso de la alarma nocturna. Si precisa terapia farmacológica, el seguimiento lo realiza Pediatría. Si hay síntomas de ID es valorado por Urología; si existe trastorno del sueño se valora por Neurología. Una unidad funcional, formada por un equipo interdisciplinar, permite ofrecer unos cuidados holísticos e integrales a los niños que presentan incontinencia urinaria, empoderando a sus padres y mejorando su calidad de vida.



11:00 a 11:30 h

PAUSA CAFÉ (Hall Exposición Comercial)

11:30 a 13:00 h

MESA 4. PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA ENFERMERÍA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Moderador:

José Díaz Rodríguez. Granada

- **Pasado de la enfermería: mi experiencia en quirófano del HMI de Granada**
Sofía Montoro García. Granada
- **El presente con-sentido te impulsa al futuro**
Carmelo Rejano Carrasquilla. Granada
- **Enfermería, visión de futuro**
Jacinto Escobar Navas. Granada

13:00 a 14:00 h

DEFENSA DE PÓSTERES

Duración de la defensa por póster: 1 minuto

14:00 a 15:30 h

COMIDA (Planta 2)

15:30 a 16:30 h

CONFERENCIA DE CLAUSURA

IMPLEMENTACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN ANDALUCÍA

Moderador:

Javier Rodríguez Ruiz. Granada

Ponente:

Antonio Rivas Campos. Granada

16:30 h

ENTREGA DE PREMIOS

21:00 h

CENA DE CLAUSURA

CARMEN DE LOS CHAPITELES

Cno. Fuente del Avellano, 4
18010 Granada



PÓSTERES ELECTRÓNICOS

- **“TE TOCO EL CORAZÓN” PROYECTO DE INNOVACIÓN EN GESTIÓN DE CUIDADOS PEDIÁTRICOS EN EL ÁREA QUIRÚRGICA**

M.^a José Hidalgo García, M.^a Dolores Ramírez Fuentes, M.^a Dolores Martínez Contreras, Miguel Ángel Nieto Moyano, M.^a Dolores Martínez García y Paloma Ordoñez Ballesteros
Hospital Materno Infantil de Granada. Hospital De Traumatología de Granada. Distrito Metro-
politano Sanitario de Granada. Hospital Universitario San Cecilio. **Póster electrónico**

Objetivos: Ayudar proporcionando estrategias y recursos al paciente y familiares. Afrontar la intervención quirúrgica, plano afectivo y cognitivo (la separación de sus padres y el dolor). Minimizar el estrés.

Material y método: Para su puesta en marcha se introducen dos variables en el periodo prequirúrgico: La creación de una Mascota quirúrgica como objeto físico y su historia, permitiendo al niño involucrarse en el proceso quirúrgico, convirtiéndolo en protagonista activo en su cirugía. Así nosotros descubriremos preocupaciones, preferencias y miedos. Disponible mediante un blog de uso hospitalario. Posteriormente realizaríamos un estudio descriptivo del afrontamiento de los miedos.

La mascota creada con materiales de uso común en quirófano, es asexual y sin nombre. Siendo el niño el que debe dárselo. Se presentaría a niños de ambos sexos, en cirugías programadas, de 3 a 12 años de edad, durante un año natural. Excluyéndose niños con trastornos psicológicos diagnosticados (psicosis, autismos, retrasos madurativos...). Sería presentado en sesiones informativas al personal de sala, consulta de cirugía pediátrica y de Preanestesia.

Resultados: Tras conseguir la aprobación y creación del blog del proyecto por nuestro hospital, se pondría en marcha y en Mayo daríamos como resultados: Disminución real de ansiedad del niño, evaluando los resultados con escalas de ansiedad. Y analizar los datos tras realizar encuesta de satisfacción a padres/cuidadores y otra a enfermería tras un año, para evaluar la implicación y mejoras a realizar.

Conclusiones: Estandarizar proceso y mejorar la calidad en cuidados enfermeros optimizando fase pre/postquirúrgica.

Mayor implicación, bienestar y seguridad del paciente al proceso disminuyendo su estrés.

- **ACTUACIÓN PERIOPERATORIA EN NIÑOS ALÉRGICOS AL LÁTEX**

José María Guerrero Aranda, Damián Escobar Llompарт, Isabel García Garrote
Hospital Infantil Virgen Del Rocío (Sevilla). **Póster electrónico**

Introducción: La sensibilidad al caucho natural es un problema importante por ser un componente presente en más de 40.000 productos de uso habitual en la vida cotidiana y profesional. La alergia al látex es la segunda causa más común de anafilaxia en el quirófano. El diagnóstico de alergia al látex se basa en una detallada historia clínica sugestiva de enfermedad mediada por Ig E en relación con la exposición a sustancias que contengan látex.

Objetivos: Establecer las bases adecuadas para minimizar el riesgo del paciente alérgico al látex cuando precise de cualquier intervención quirúrgica. Aunque no es posible lograr un completo ambiente sin látex en el entorno hospitalario el uso de protocolos de actuación permitirá a los pacientes alérgicos someterse a procedimientos terapéuticos de forma segura.

Metodología: Búsqueda bibliográfica. Selección de artículos que tratan la alergia al látex en el área quirúrgica y en el ambiente hospitalario perioperatorio.

Resultados: La correcta identificación de todos los materiales que contienen látex y que pueden causar alguna afectación al paciente alérgico, nos permite actuar de forma más correcta y segura ante el paciente alérgico. Tras la instauración de estas medidas la mayoría de los pacientes son intervenidos sin ninguna incidencia.

Conclusiones: La incidencia de la alergia al látex, aumenta con la exposición. Es necesario disponer de protocolos donde se indiquen las pautas adecuadas a seguir para que el paciente no se vea afectado por el contacto con estos materiales en todo el proceso, desde su ingreso hasta su alta hospitalaria.

- **AUMENTO DEL CONOCIMIENTO EN LAS TÉCNICAS DE AMPLIACIÓN VESICAL**

Isabel García Garrote, José María Guerrero Aranda, Damián Escobar Llompart. **Póster electrónico**

Introducción: La ampliación vesical es una técnica cuyo objetivo es el tratamiento de vejigas de pequeño tamaño por diferentes patologías como vejiga neurógena por disrrafia, atresia anorrectal, extrofia vesical, tumores, etc.

Metodología y material: Búsqueda bibliográfica en bases de datos como Google Academy, PubMed, Scielo, etc. Desde nuestra experiencia en la unidad de cirugía pediátrica y en colaboración con el equipo de cirugía pediátrica.

Objetivos: Dar a conocer al personal sanitario las técnicas que se están llevando a cabo en la unidad de cirugía pediátrica como enterocistoplastia, gastrocistoplastia, ureterocistoplastia, etc con el objetivo de mejorar la asistencia integral al paciente pediátrico con alteraciones congénitas en la vejiga.

Resultados: Aumentar el conocimiento del personal sanitario ante la técnica llevada a cabo en quirófano para mejorar la asistencia al paciente, tener conocimiento de los distintos dispositivos con los que llega el paciente a la unidad y aumentar la confianza del personal en el momento de atender al paciente.

Conclusiones: A través del conocimiento y formación, el personal aumenta la confianza y seguridad en la atención y asistencia al paciente. Formación de un equipo multidisciplinar con total conocimiento de la técnica, con el fin de proporcionar cuidados de calidad al paciente.

- **CATÉTERES URINARIOS UTILIZADOS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE EXTROFIA VESICAL Y SUS CUIDADOS**

Mercedes Brasero Herranz, Eva María Ruiz Pizarro, María José Chanfreut Ruz, Begoña Morata Cobo, Marina Toro González, Antonia Almena Rejas, María Almudena Arias Búrdalo, Irene Tirado Martínez, David Vicente Navarro

Cirugía Pediátrica Hospital 12 De Octubre. **Póster electrónico**

Objetivos: El objetivo principal es dar a conocer el manejo y cuidado de los catéteres urinarios en pacientes intervenidos de extrofia vesical. Los objetivos secundarios son formar al personal responsable de estos pacientes tan complejos en la correcta identificación y cuidado de



los catéteres de los que son portadores lo que nos garantiza dar unos cuidados de calidad fundamentales para conseguir el éxito en el postoperatorio intrahospitalario.

Material y método: Se ha realizado una revisión de las publicaciones más actuales sobre los catéteres urinarios centrándonos en el paciente pediátrico. Así mismo se ha realizado un estudio retrospectivo sobre los pacientes operados en nuestra unidad para conocer los catéteres más utilizados y su cuidado.

Resultados: Se ha conseguido identificar los tres catéteres más utilizados en esta patología y con los datos recogidos realizar una guía sobre su identificación, su colocación, su cuidado, materiales de los que están elaborados y las posibles complicaciones que se pueden presentar. Con las sesiones formativas a los profesionales de enfermería se ha conseguido formar a todo el personal de las plantas de cirugía pediátrica, ello nos permite mejorar la calidad asistencial en estos pacientes, garantizando una atención integral capaz de enfrentarse a las posibles complicaciones que surjan en el proceso postoperatorio.

Conclusiones: El manejo e identificación de los catéteres urinarios proporciona al personal al cargo de los pacientes intervenidos de extrofia vesical en la unidad de cirugía pediátrica unos conocimientos indispensables para su cuidado.

- **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NIÑOS PORTADORES DE VÁLVULA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEALES**

Marta Jiménez Díaz, Patricia Martínez Pina, Eduardo Plaza Morillas, María Angustias Prieto Rodríguez

Hospital Materno-Infantil Granada. [Póster electrónico](#)

Objetivos: Conocer la función de las válvulas de derivación ventrículo peritoneales, sus complicaciones y los cuidados de enfermería enfocados a su manejo.

Material y método: Revisión bibliográfica en distintas bases de datos: Pubmed, Embase y Tripdatabase, utilizando como palabras clave: ventriculoperitoneal shunt, nursing care AND children.

Resultados: La hidrocefalia es la dilatación de los ventrículos cerebrales que se produce por un defecto congénito o adquirido en el drenaje del líquido cefalorraquídeo (LCR). Las válvulas de derivación (VD) ventriculoperitoneal y ventriculoatrial regulan la circulación del LCR y permiten la disminución de la presión intracraneal con lo que contribuyen al control de la hidrocefalia y disminuyen la morbimortalidad que ésta comporta. Los pacientes portadores de estas válvulas pueden presentar diversas complicaciones que se presentan en forma de disfunción mecánica o infecciosa. La causa más frecuente es la mecánica, por obstrucción del catéter, desconexión y fractura, sobre todo a nivel del cuello. La infección de la VD se produce del 7-9% de los casos. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son vómitos, cefalea y fiebre (esta última en casos de infección).

Conclusiones: Las válvulas de derivación ventriculoperitoneales son el tratamiento de elección de la hidrocefalia siendo el mielomeningocele la entidad que con mayor frecuencia obliga a su colocación. No están exentas de complicaciones que comportan casi siempre una reintervención quirúrgica, es importante conocer su funcionamiento para ofrecer unos cuidados de enfermería de calidad.

- **DIVERTÍCULO DE MECKEL EL DÍA DE DESPUÉS: A PROPÓSITO DE UN CASO**

M.^a del Mar Correa Casado, Antonia del Carmen Enríquez Cejudo, M.^a del Pilar Moreno Salmerón, M.^a Dolores Cobo Romero y M.^a del Pilar Real de la Cruz
Enfermeras Especialistas en Pediatría de la Unidad de Cirugía Pediátrica del C.H. Torrecárdenas Almería. [Póster electrónico](#)

Objetivo: Dar a conocer la importancia de la educación sanitaria a la hora del adiestramiento de padres en el conocimiento de la enfermedad de sus hijos a propósito del caso de Elena, niña de dos años que ingresa con dolor abdominal y vómitos, diagnosticándosele Divertículo de Meckel (D.M.). Elaborar informe de continuidad de cuidados con la inclusión de la sintomatología que nos indique posibles complicaciones tras ser dada de alta sin ser intervenida quirúrgicamente.

Metodología: Revisiones sistemáticas de revistas electrónicas y artículos científicos sobre D.M., usando como palabras clave: divertículo de Meckel, paciente pediátrico, cuidados de enfermería. Para la elaboración de recomendaciones de salud, signos y síntomas de complicaciones del D.M. Descripción del caso. Realización de procedimientos basados en el método científico:

Valoración de enfermería: Plan de cuidados individualizado. Taxonomía NANDA, NIC y NOC.

Resultados: Elaboración plan de cuidados individualizado. Adiestramiento de los padres en conocimientos sobre la patología. Elaboración de un informe de continuidad de cuidados incluyendo los signos y síntomas que nos pueden indicar complicaciones.

Conclusión: La Educación para la Salud se desarrolla con cualquier actividad que promueva el aprendizaje de aspectos relacionados con la Salud. Enfermería actúa ante la ansiedad y miedo de los padres con la enseñanza de conocimientos sobre la patología de su hija. Los padres dan muestras de saber reconocer signos y síntomas que indiquen complicaciones y se muestran agradecidos por los conocimientos adquiridos.

- **EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LAS MISIONES PEDIÁTRICO-QUIRÚRGICAS EN EL TERCER MUNDO**

María José Montesinos Guillén, Cristina Pérez Albors, Evelia Galilea Saez-Laguna
Hospital Miguel Servet Quirófano Cirugía Pediátrica Zaragoza. [Póster electrónico](#)

Objetivos: Dar a conocer la función de la Enfermería pediátrico-quirúrgica en las misiones humanitarias llevadas a cabo en el tercer mundo.

Material y método: Nuestra experiencia es con la Fundación NED (Neurocirugía, Educación y Desarrollo).

Uno de los objetivos de esta organización es la docencia durante la estancia en el destino de la misión, la asistencia sanitaria en estas regiones es un reto y las especialidades que requieren profesionales altamente capacitados y un acceso suficiente a los equipos y materiales caros son mucho menos alcanzables que en los países en desarrollo. Es de vital importancia tanto la colaboración en el transporte de materiales y recursos necesarios desde España conseguidos gracias al esfuerzo y altruismo de los compañeros, como la capacidad de empatía y comunicación con el personal local que trabaja en los hospitales en los cuales desarrollamos la misión.

Resultados: Formación en protocolos quirúrgicos y anestésicos en el paciente pediátrico. Autonomía del personal local para desarrollar su trabajo habitual con nuevos conocimientos adaptados a sus necesidades y recursos.



Conclusiones: En un país como África debemos desarrollar nuestra labor utilizando primero los recursos locales y sólo entonces dirigir la mirada al mundo moderno. Misiones en las que uno de los objetivos es la formación del personal local obtendremos resultados más satisfactorios a largo plazo debido al legado de nuestros conocimientos del mundo occidental desarrollado.

- **ENFERMERÍA EN EL CONFORT, CALIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTE AFECTO DE ATRESIA DE ESÓFAGO**

Correa Casado M.M.; Enríquez Cejudo A.C.; Moreno Salmerón M.P.; Cobo Romero M.D. y Real de la Cruz M.P.

Enfermeras Especialistas en Pediatría de la Unidad de Cirugía Pediátrica del C.H. Torrecárdenas Almería. [Póster electrónico](#)

Resumen: Ángel es un lactante de 4 meses de edad ingresado desde el nacimiento en nuestra unidad. Diagnosticado de atresia de esófago grado I durante el embarazo. Precisaré tratamiento quirúrgico, anastomosis esófago - estómago. Los cuidados y el tiempo de ingreso previsto (más de 8 meses), así como el impacto de la enfermedad en la familia , nos llevó a centrarnos no sólo en Ángel sino también en su familia.

Objetivo: Mejorar el afrontamiento familiar durante la hospitalización. Adiestramiento de los cuidadores principales en cuidados y manejo de situaciones. Aumentar el confort de Ángel y su familia.

Metodología: Revisiones sistemáticas de revistas electrónicas y artículos científicos, usando como palabras clave: atresia de esófago, paciente pediátrico, cuidados de enfermería. Descripción del caso. Realización de procedimientos basados en el método científico:

Valoración de enfermería: Plan de cuidados individualizado. Taxonomía NANDA, NIC y NOC.

Resultados: Aumentamos su autoestima. Disminuimos ansiedad en los padres y el niño. Adiestramos en conocimientos y habilidades. Relación cordial enfermería - familia basada en la confianza. Ambiente confortable para el niño y su familia. Equipo multidisciplinar que atiende no sólo las necesidades de cuidados si no de relaciones.

Conclusión: Enfermería debe buscar en la medida de lo posible establecer un equilibrio entre la calidad de vida del cuidador y la correcta realización de su tarea, de modo que tanto cuidador como receptor salgan beneficiados.

- **ENFERMERÍA Y LA VENTRICULOSTOMÍA ENDOSCÓPICA**

Cecilia García Moreno, María de la Paz Rivas Cuendes, Daniel Alcaraz Humanes, Antonia Rodríguez Manchado.

Hospital Infantil Virgen del Rocío de Sevilla. Servicio: Quirófano. [Póster electrónico](#)

Introducción: La endoscopia cerebral se utiliza actualmente en un gran número de padecimientos entre los cuales pueden mencionarse algunas formas de hidrocefálea, disfunciones valvulares y otras enfermedades neuroquirúrgicas. Los Cuidados de enfermería durante el procedimiento quirúrgico son claves para maximizar los beneficios clínicos para el paciente: La calidad de los cuidados, temperatura (manta térmica), posición, evitar decúbitos, profilaxis antibiótica y manejo de accesos venosos.

Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo es analizar: Los cuidados de enfermería que mejoran la seguridad y eficacia durante el procedimiento quirúrgico. Mantenimiento de la operatividad del instrumental y el montaje efectivo del mismo por parte del personal de enfermería.

Material y métodos: Revisión bibliográfica de... Revisión retrospectiva de los procedimientos de enfermería tanto en los cuidados del paciente como en el manejo del instrumental previo, durante y posterior a la endoscopia cerebral.

Resultados: ¿Cuales son los resultados? Resultados de la búsqueda. Resultados del análisis de los casos.

Conclusiones: Realizar un protocolo de enfermería de cuidados al paciente y preparación del procedimiento disminuye el tiempo quirúrgico y anestésico favoreciendo la buena evolución del postoperatorio.

- **ENFERMERÍA Y PADRES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS, UNIDOS EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA**

Antonia del Carmen Enríquez Cejudo, M.^a del Pilar Moreno Salmerón, M.^a del Mar Correa Casado, M.^a Dolores Cobo Romero, M.^a Isabel Sáez Alonso, M.^a del Pilar Real de la Cruz Hospital Torrecárdenas. Almería. **Póster electrónico**

Objetivo: Mostrar la importancia de la incorporación de los padres en los cuidados infantiles, para conseguir su integración dentro de los cuidados enfermeros en la unidad de Cirugía Pediátrica (CP).

Metodología: Revisión bibliográfica de artículos sobre la integración de los padres en los cuidados de sus hijos hospitalizados. Obtención de datos de la literatura científica recogida en: SCIELO, CUIDEN,... Se realizó un estudio transversal descriptivo mediante una encuesta anónima y voluntaria a 31 padres/madres de niños hospitalizados en la unidad de CP del hospital Torrecárdenas de Almería durante el mes de Mayo de 2017 (Anexo 1).

Resultados: Encuesta realizada y contestada por los padres (Anexo 1). Al incorporar a los padres en los cuidados de su hijo hospitalizado se obtienen numerosos beneficios (Anexo 2).

Conclusión: La enfermedad y la hospitalización y la intervención quirúrgica son eventos es-tresantes que conllevan una serie de cambios en la vida del niño y su familia. Estos cambios, necesariamente requieren que la familia y el niño realicen una serie de ajustes para adaptarse a la nueva situación. Es necesario incluir a los padres del paciente en sus cuidados diarios, por que son un nexo único con el niño e influye de una manera importante en la forma que el tratamiento es llevado a cabo.

- **ENSEÑANZA A CUIDADORES DE PACIENTES INTERVENIDOS DE AMPLIACIÓN VESICAL PARA SUS CUIDADOS DOMICILIARIOS**

José M.^a Guerrero Aranda, Damián Escobar Llompert, Isabel García Garrote Hospital Infantil Virgen Del Rocío (Sevilla). **Póster electrónico**

Introducción: La ampliación vesical es una técnica quirúrgica que va a requerir unos cuidados específicos que tendrán que ser realizados por el propio paciente o por sus cuidadores principales una vez que se encuentre el paciente en su domicilio.



Objetivos: Adiestramiento al paciente y cuidadores principales del manejo, control y cuidados de los distintos dispositivos con los que el paciente es dado de alta. Que el paciente y cuidadores principales adquieran destrezas necesarias para llevar unos cuidados y control de calidad en su domicilio y saber reconocer de forma precoz las posibles complicaciones derivadas del proceso.

Metodología y material: Búsqueda bibliográfica en bases de datos como Google Academy, PubMed, Scielo, etc. Desde nuestra experiencia en la unidad de cirugía pediátrica y en colaboración con el equipo de cirugía pediátrica.

Resultados: Tras la correcta educación y adiestramiento sanitario durante la estancia hospitalaria y bajo la supervisión imprescindible de enfermería se aumenta el conocimiento, habilidades y seguridad tanto del paciente como de los cuidadores principales ante la correcta manipulación y control de los distintos dispositivos que el paciente portara una vez que se vaya de alta.

Conclusiones: Tras una correcta educación sanitaria aumentamos la autonomía e independencia del paciente, al mismo tiempo que aumentamos la seguridad de los cuidadores principales, disminuyendo el riesgo de cansancio del rol del cuidador y favoreciendo la integración del paciente en su entorno y vida cotidiana.

- **FOLLETO DE CUIDADOS COMO HERRAMIENTA DE APOYO EN NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA EN NIÑOS PORTADORES DE GASTROSTOMÍA**

M^a Dolores Cobo Romero, M^a del Pilar Moreno Salmerón, Antonia C. Enríquez Cejudo, M.^a del Pilar Real de la Cruz y M.^a del Mar Correa Casado
Enfermeras Especialistas en Pediatría de la Unidad de Cirugía Pediátrica del C.H. Torrecárdenas. Almería. [Póster electrónico](#)

Objetivo: Proporcionar enseñanza y seguridad en la administración de nutrición enteral domiciliaria en pacientes portadores de PEG (gastrostomía endoscópica percutánea).

Material y método: Se realiza una revisión bibliográfica sistemática basada en estudios y textos científicos publicados en internet sobre cuidados de gastrostomías de los últimos 5 años. Estudio de manuales de bombas de infusión de alimentación, sondas de PEG, cuidado y almacenamiento de formulas alimentarias. Realizamos educación sanitaria a los padres durante el ingreso de su hijo: cuidados y manejo de la PEG y del material necesario.

Resultados: Elaboramos un folleto como soporte del informe de continuidad de cuidados, con información sobre alimentación en domicilio por gastrostomía. Aumento de la autoestima de los padres al verse independientes en el cuidado de sus hijos. Aumento de la seguridad en cuidadores, en manejo de cuidados diarios así como en posibles situaciones y/o complicaciones que se puedan dar. Aumento del confort de los niños, al disminuir el estrés, por ser sus padres los que hacen los cuidados

Conclusión: La elaboración, diseño y divulgación de los folletos como herramientas para afianzar conocimientos de educación sanitaria, facilitan el cuidado de estos pacientes, especialmente cuando están en el domicilio y proporciona a los cuidadores mayor seguridad.

- **FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN EN LA CANALIZACIÓN DEL CATÉTER EPICUTÁNEO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA**

Antonia del Carmen Enríquez Cejudo, M.^a del Mar Correa Casado, M.^a del Pilar Moreno Salmerón, M.^a Dolores Cobo Romero, M.^a Isabel Sáez Alonso, M.^a del Pilar Real de la Cruz
Hospital Torrecárdenas. Almería. [Póster electrónico](#)

Objetivos: Dar a conocer la utilidad del catéter epicutáneo (CE) al personal de Enfermería de la Unidad de Lactantes y Cirugía Pediátrica del hospital Torrecárdenas de Almería. Implantar el uso del CE en dicha unidad.

Material y método: Revisión del protocolo del CE de nuestro hospital, así como revisión de otros protocolos y guías de manejo del CE. Estancia de una enfermera de nuestra unidad en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) durante un mes ininterrumpido (en varias ocasiones durante los años 2016 y 2017), para su formación en la técnica y manejo del CE.

Resultados: Elaboramos una presentación PowerPoint y un taller teórico-práctico sobre el CE para impartir al personal de Enfermería de la unidad de Lactantes y Cirugía Pediátrica, en el que se detallan estos aspectos: ventajas, indicaciones, contraindicaciones, material, técnica, cuidados, complicaciones, indicaciones de retiro y retirada (Anexo 1).

Conclusiones: Enfermería tiene un papel protagonista en el uso del CE. No obstante es imprescindible la formación del profesional para la adquisición de la destreza necesaria en su manejo; asegurando así el éxito tanto del procedimiento de canalización como del mantenimiento del catéter, previniendo a su vez posibles complicaciones.

- **GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA POSTQUIRÚRGICOS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE AMPLIACIÓN VESICAL**

Damián Escobar Llompart, Isabel García Garrote, José María Guerrero Aranda
Hospital Infantil Virgen del Rocío. [Póster electrónico](#)

Introducción: La ampliación vesical es una técnica quirúrgica que requiere de unos cuidados específicos de enfermería para prevenir complicaciones en el postoperatorio como pueden ser infección urinaria, obstrucción de catéteres por producción de moco, complicaciones metabólicas, litiasis, etc.

Metodología y material: Búsqueda bibliográfica en bases de datos como Google Academy, PubMed, Scielo, etc. Desde nuestra experiencia en la unidad de cirugía pediátrica y en colaboración con el equipo de cirugía pediátrica. La población de estudio han sido los pacientes y familiares sometidos a una intervención quirúrgica de ampliación vesical.

Objetivos: Unificar criterios y metodología en los cuidados postquirúrgicos de enfermería en el paciente intervenido de ampliación vesical. Disminuir las complicaciones derivadas de los cuidados de enfermería en pacientes sometidos a dichas intervenciones quirúrgicas.

Resultados: Disminución del número de complicaciones del paciente en el postoperatorio tardío tras la correcta aplicación de cuidados enumerados en nuestra guía, tales como control y lavado de catéteres, administración de antibioterapia, registros de enfermería, etc.

Conclusiones: Mediante una guía unificada de cuidados de enfermería se disminuye el número de complicaciones, mejorando el confort, evolución del paciente, disminuyendo así el



tiempo de estancia hospitalaria, reduciendo el gasto hospitalario y encontrando un mayor grado de satisfacción y entendimiento del paciente y familia respecto a la enfermedad, evolución, posibles complicaciones y posibles soluciones con la intención de fomentar el bienestar y seguridad en el paciente y familia.

- **MALFORMACIONES DE PARED TORÁCICA EN LA EDAD PEDIÁTRICA: UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR E INTEGRADORA**

Miren Edurne Santos Meñica, María del Carmen Torres Sampedro, Larraitz Varas Sánchez, Arturo Galbarriatu Gutierrez, Saray Puebla González, Alana Puebla González. **Póster electrónico**

Introducción: Las malformaciones de la pared torácica (MPT) en la edad pediátrica incluyen varias patologías donde el pectus excavatum (PE) y el pectus carinatum (PC) representan la mayoría de las consultas. Es una deformidad mayormente estética y con escasa repercusión funcional debido a un crecimiento anormal de los cartilagos costales en el plano coronal hacia su unión esternal.

Objetivo: presentar la “consulta de malformaciones pediátricas de la pared torácica “ como una consulta especializada, integradora y multidisciplinar donde dar información y solución a las demandas de los pacientes acerca de las deformidades estructurales del tórax.

Material y métodos: desde el 2013 y con una periodicidad quincenal, se han valorado 188 pacientes en una consulta con dos cirujanos pediátricos, una enfermera y un ingeniero de mediciones para el diseño personalizado de las barras correctoras empleadas en la toracoplastia de Nuss para el PE, así como la creación y seguimiento de los chalecos de compresión dinámicos para la corrección de PC.

Resultados: la institución del centro de MPT, no sólo para los pacientes, sino también para los especialistas que los derivan, permite mejorar la calidad y la satisfacción de estos pacientes mediante la confianza de encontrar al mismo equipo y el planteamiento de tratamientos personalizados que se adapten a sus necesidades, así como la vigilancia evolutiva de sus alteraciones torácicas.

Conclusiones: la creación de un centro de MPT en la edad pediátrica permite concentrar a una mayor parte de pacientes traduciendo sus tratamientos personalizados en una mayor confianza hacia el equipo.

- **MI BEBÉ COME POR LA TRIPA... Y AHORA QUÉ HAGO?**

Aguilar Tola, Susana; García Martínez, Irene; Sanz Gil, María; Aranda Quesada, M.^a Del Mar Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid). **Póster electrónico**

Objetivos: Dar a conocer los tipos de gastrostomías pediátricas, los últimos avances en su correcto manejo y sus usos más habituales. Presentar una guía de conocimientos mínimos imprescindibles para los padres y familiares de un niño portador de una gastrostomía.

Material y métodos: Póster electrónico explicativo con esquemas, gráficos e infogramas. Presentamos la guía de cuidados y educación sanitaria que actualmente se utiliza en nuestra unidad.

Resultados: Aportar nuestra experiencia, en el cuidado de pacientes portadores de gastrostomías. Resaltar el impacto que un dispositivo de este tipo en un paciente pediátrico puede causar en el ámbito familiar. Gracias a este tipo de formación, aseguramos que el paciente reciba en su domicilio los mejores cuidados posibles, evitando así posibles complicaciones. 4. La implicación de la familia en el cuidado del niño, es imprescindible, y mejora notablemente el desarrollo de éste a corto-largo plazo.

Conclusiones: Proporcionar una formación de calidad y un ambiente de seguridad, capacita a los padres, familia y cuidadores para la resolución de incidencias, y normaliza su uso en la vida diaria. Disminuir la ansiedad y desconfianza que ésta situación crítica genera en los padres, es básico para fomentar su autonomía. Para garantizar la continuidad asistencial y que la transición hospitalización-domicilio sea lo menos traumática posible, es básico el papel de la enfermería junto con la enfermera de enlace.

- **MÚSICA PARA DISMINUIR DOLOR Y ANSIEDAD ANTE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO**

Eduardo Plaza Morillas, María Angustias Prieto Rodríguez, Marta Jiménez Díaz, Patricia Martínez Pina

Hospital Materno-Infantil Granada. **Póster electrónico**

Objetivos: El objetivo de este trabajo es dar a conocer la evidencia que hay en torno a las intervenciones musicales en el paciente pediátrico, a la hora de reducir la ansiedad, el estrés y el dolor que se presenta ante una intervención quirúrgica en un entorno hospitalario

Material y métodos: Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos como PUBMED en las que se busca la palabra clave “music” y los Descriptores en Ciencias de la Salud “child”, “surgery” y “stress”. Se seleccionan cinco estudios.

Resultados: Los resultados de los estudios indican una disminución de la ansiedad, tanto antes de la intervención como después en el postoperatorio. Respecto al dolor que surge después de la intervención se encuentra disminuido respecto al grupo control en todos los estudios en el que se mide esta variable. En uno de los estudios se valora también la ansiedad de los cuidadores viéndose disminuida por la musicoterapia.

Conclusiones: La musicoterapia es un método eficaz para disminuir dolor y ansiedad en el peri-operatorio en el ámbito pediátrico, por lo tanto puede ser una alternativa viable a la premedicación, más económica, menos invasiva y con menos efectos secundarios. También podría ser aplicable a otras situaciones que generen estrés o ansiedad, sin tener que acotarse únicamente a las intervenciones quirúrgicas.

- **OBESIDAD INFANTIL. EL GRAN PROBLEMA DEL SIGLO XXI**

Isabel Mena Quirós, Paz Ortega Aparicio

Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Materno Infantil de Granada. **Póster electrónico**

Material y método: Se valora el IMC o Índice de Quetelet y siguiendo las tablas y curvas de crecimiento según la OMS, los niños que acuden a urgencias, consultas Pediátricas, ingresados en planta de Pediatría y Cirugía, que presentan sobrepeso u obesidad se cita de forma preferente en consulta de Endocrino Infantil, donde un equipo multidisciplinar (pediatras, enfermeras, Psicólogos) hacen una valoración integral del niño y familia e inician a continuación las medidas terapéuticas adecuadas a sus necesidades.

Resultados: Encontramos familias con negación a la aceptación del diagnóstico y/o tratamiento no aprovechando los recursos que se les ofertan. Otro grupo lo valora de forma positiva y acepta acudir a consulta de endocrino. Dificultad de involucrar activamente a todo el personal sanitario, falta de formación de los distintos perfiles implicados.



Conclusión: La captación de niños obesos y /o sobrepeso se puede realizar de forma eficaz en las distintas áreas pediátricas, por el gran volumen de usuarios con lo que trabajamos. El mayor problema que nos encontramos y que trabajamos para solventar es la falta de concienciación por parte de población del importante problema de salud y no siempre hay implicación y formación de los profesionales.

• ÓXIDO NITROSO Y LOS PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA

M.^a del Mar Correa Casado, M.^a del Pilar Moreno Salmerón, Antonia C. Enríquez Cejudo, M.^a Dolores Cobo Romero y M.^a del Pilar Real de la Cruz
Enfermeras Especialistas en Pediatría de la Unidad de Cirugía Pediátrica Del C.H. Torrecárdenas. Almería. [Póster electrónico](#)

Resumen: El dolor que supone la realización de ciertas técnicas invasivas tipo sutura de heridas, curas en quemaduras, reducción de hernias.... supone para el paciente pediátrico y familia un estrés añadido. Enfermería puede ayudar a la disminución y/o eliminación del dolor mediante el uso del óxido nitroso en colaboración con el cirujano pediátrico.

Objetivos: Analizar los conocimientos del uso del óxido nitroso en urgencias pediátricas.

Material y método: Se ha realizado estudio cualitativo de corte fenomenológico interpretativo durante noviembre 2017 a través de encuesta. Se pasa en el servicio de urgencias a 16 enfermeros. Motivos de exclusión no querer participar.

Resultados: 87% conoce las definiciones/términos sobre el óxido nitroso. 93% contestan correctamente a las preguntas sobre la realización de la técnica. Dada la eficacia, seguridad, rapidez de acción y la facilidad de manejo del medicamento, el personal ve positivo su uso. 75% tienen conocimientos sobre efectos adversos y saben qué hacer al respecto. 100% de los encuestados, dice que no existe un plan de actuación/protocolo/hoja de registro, que no han recibido formación en su uso, y que les gustaría tener más conocimientos.

Conclusiones: La utilización de este tipo de anestésico constituye una demanda asistencial creciente en urgencias pediátricas, por ello el personal ve necesario un aumento de formación a este nivel. La unificación de criterios hará que se trabaje de acuerdo a unas normas de calidad y seguridad. Se evidencia la necesidad de crear un protocolo y una hoja de registro individualizada.

• PROCESO ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

M.^a Isabel Sáez Alonso, Antonia C. Enríquez Cejudo. Eloísa Díaz Moreno. M.^a Mar Correa Casado. M.^a Dolores Cobo Romero. Pilar Real de la Cruz
Hospital Torrecárdenas. Almería. [Póster electrónico](#)

Objetivo: Proporcionar información del proceso operatorio para disminuir el nivel de ansiedad de padres de niños sometidos a intervención quirúrgica en el hospital Torrecárdenas.

Metodología: Revisión de artículos y protocolos relacionados con el tema que nos ocupa, publicados en los últimos diez años.

Palabras clave: Información preoperatoria/Educación preoperatoria/Cirugía pediátrica/Padres/Anestesia pediátrica/Ansiedad preoperatoria/Información/Accesibilidad. Elaboración de un folleto informativo sobre el circuito quirúrgico de los niños incluidos en Lista de Espera Quirúrgica.



Resultados: Folleto (Anexo 1). El folleto muestra la secuencia habitual del proceso quirúrgico programado pediátrico. Se entrega en la Consulta Externa de Cirugía Pediátrica e incluye información sobre documentación, pruebas complementarias, proceso preoperatorio, hasta el día del alta. Proporciona información y ubicación de las distintas salas por las que pasará el menor explicando las actuaciones y recomendaciones que se harán en cada una de ellas, siempre acompañado de sus padres (excepto en quirófano).

Conclusiones: La información anticipada favorece la adaptación de padres y niños, disminuyendo la ansiedad y haciendo del usuario una persona activa en todo el proceso, transmitiendo la idea de accesibilidad y confortabilidad. Continuamos con propuestas de áreas de mejora relacionadas con la anticipación de procesos estresantes para los niños que ingresen en Cirugía Pediátrica de Torrecárdenas.

- **QUEMADURAS EN EDAD PEDIÁTRICA: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO**

Patricia Martínez Pina, Eduardo Plaza Morillas, María Angustias Prieto Rodríguez, Marta Jiménez Díaz

Hospital Materno-Infantil Virgen de las Nieves. [Póster electrónico](#)

Objetivo: el objetivo del presente trabajo ha sido describir el perfil epidemiológico de los niños y niñas con quemaduras que acuden al servicio de atención primaria en una zona de transformación social.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de los niños que han sido atendidos en la consulta de enfermería pediátrica durante los meses de diciembre de 2017 y enero de 2018. Se creó una base de datos con paquete estadístico SPSS, se realizaron pruebas de estadística descriptiva de distribución de frecuencia y correlaciones de las variables. El tamaño muestral fue de 84 niños.

Resultados: Tras el análisis de los datos, encontramos que la edad media de los niños que acudían con quemaduras era de 3.68 años. El perfil epidemiológico de los niños fue principalmente varones (57.1%) con una edad entre 1 y 5 años (73.8%). El 57,8% eran de etnia gitana. La principal causa ha sido de contacto (56.7%) fundamentalmente quemaduras de II grado superficial (74%). La localización más frecuente ha sido en manos (44.9%). En cuanto a la edad del padre o madre se ha visto que en un 45.7 % de los casos estaba comprendida entre 21-30 años. Tras el análisis de datos se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas ($p < 0.06$) entre causa y grado; edad y causa, entre otras.

Conclusión: Este perfil epidemiológico permite obtener información relevante con el fin de ampliar el panorama de acciones preventivas, elaborando programas y estrategias para utilizar en prevención de quemaduras.

- **SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA. NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS. ESTUDIO DE ENFERMERÍA**

Cobo Romero, M^a Dolores; Real de la Cruz, M.^a del Pilar; Correa Casado, M.^a del Mar; Enríquez Cejudo, Antonia C. y Moreno Salmerón M.^a Del Pilar

Enfermeras Especialistas en Pediatría de la Unidad de Cirugía Pediátrica del C.H. Torrecárdenas. Almería. [Póster electrónico](#)



Objetivos: Promover la cultura de seguridad del paciente mediante la notificación de incidentes y eventos adversos. Conocer como se notifican los eventos adversos en la unidad de cirugía pediátrica del C.H.Torrecárdenas.

Metodología: Se realiza estudio trasversal mediante encuesta, pasada de forma voluntaria y anónima al personal de la unidad de Cirugía Pediátrica del C.H.T. Participaron 27 personas de ellas 4 eran cirujanos, 18 enfermeros y 7 auxiliares de enfermería. Análisis de los datos obtenidos.

Resultados: La notificación de incidentes y eventos adversos es de carácter voluntario, anónimo, confidencial y no punitivo. Destacamos del análisis de la encuesta:

- De los 27 encuestados solo 3 realizan la notificación por escrito en documento oficial.
- Si el incidente es: error de dosis, prescripción, etc... se corrige y se comunica de forma oral al resto de profesionales.
- Si se produce evento adverso en el paciente, se notifica al facultativo y al supervisor correspondiente de forma oral; y por escrito en la historia del paciente.
- A la respuesta de por qué lo hacen así la mayoría (89%) dice que por no perjudicar a compañeros.

Conclusiones: Hacemos las cosas bien, pero podemos hacerlas mejor y debemos hacerlas mejor; poniendo al paciente en el centro del sistema, procurando su seguridad y la calidad de los cuidados que le prestamos. Hay que trabajar más para cambiar la cultura de notificar los incidentes/eventos adversos y convencernos que no son para castigar si no para mejorar.

• SINEQUIA VULVAR, ENFERMERÍA EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ

Correa Casado M.M.; Enríquez Cejudo A.C.; Moreno Salmerón M.P.; Cobo Romero M.D. y Real de la Cruz M.P.

Enfermeras Especialistas en Pediatría de la Unidad de Cirugía Pediátrica del C.H. Torrecárdenas. Almería. [Póster electrónico](#)

Objetivos: Conocer las intervenciones y pautas a seguir en el diagnóstico y tratamiento precoz de la sinequia vulvar. La sinequia vulvar se consideraba una malformación genética, actualmente se considera una condición adquirida que afecta a niñas de entre 3 meses y 6 años, su origen suele ser por factores hormonales, mala higiene, inflamación y/o eritema del pañal; por lo que la actuación de enfermería puede ser importante en el diagnóstico y/o tratamiento precoz.

Metodología: Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Scielo, Dialnet y Medline Plus, acotando las fechas a artículos realizados en los últimos cinco años. Los Descriptores utilizados han sido: Labios, Menores, Vulva, Adherencias, Cribado, Abordaje.

Resultados: Los resultados nos muestran que el screening en las consultas de pediatría se debe realizar mediante la adecuada exploración clínica, el diagnóstico precoz es esencial para un tratamiento menos agresivo y con más garantías de éxito. Gran importancia toma la adecuada higiene y la observación de complicaciones, episodios de fiebre reiterada sin causa aparente, enrojecimiento, inflamación, sangrado...

Conclusión: La exploración clínica en los primeros años de vida de la niña es fundamental. El diagnóstico de sinequia de labios menores conlleva por parte de los profesionales sanitarios



un seguimiento con actitud vigilante con el fin de valorar las posibles causas y la conveniencia de inicio de tratamiento precoz para prevenir y/o evitar intervenciones más agresivas.

- **SOMOS CSUR Y HIMSS 6 ¿SABEMOS LO QUE SOMOS?**

Marina Toro González, María Almudena Arias Búrdalo, David Vicente Navarro, Mercedes Braseró Herranz, Antonia Almena Rejas. [Póster electrónico](#)

Objetivos: El objetivo que nos hemos marcado es dar a conocer lo que implica para una planta de cirugía pediátrica ser Centro, Servicio, Unidad y Referencia (CSUR) de una patología a nivel nacional y la integración de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en un Hospital con acreditación HIMSS de Hospital sin Papeles.

Material y métodos: En primer lugar se realizó un pequeño estudio acerca de los conocimientos previos del personal de la unidad acerca de los CSUR y las TIC, los responsables designados en la unidad realizaron una búsqueda de literatura relacionada con los objetivos y diseñaron un proceso de Mentoring para que toda la unidad tuviera conocimiento de lo que significan esos dos términos y lo que conllevan.

Resultados: Se observó la necesidad de unificar la información acerca de los objetivos ya que la mayoría de la unidad desconocía sus significados, mediante un lenguaje común se ha logrado que la unidad tenga la misma información y conocimiento acerca de los CSUR y las TICs.

Conclusiones: Las TICs están presentes en nuestro trabajo diario, conocerlas y hacer un buen uso de ellas es primordial para garantizar una buena atención del paciente, además como CSUR de la extrofia vesical debemos ser una unidad puntera en los cuidados de tan compleja patología, conocer sus significados ayuda a mejorar la calidad asistencial.

- **TÉCNICA DE “DOBLE PAÑAL” & PROCEDIMIENTO DE SONDAJE VESICAL. ¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA?**

Real de la Cruz, MP; Correa Casado, MM; Enríquez Cejudo, AC; Cobo Romero, MD; Sáez Alonso, MI; Mañas Ruiz C.M.; Moreno Salmerón, MP
Enfermeras Especialistas en Pediatría de la Unidad de Cirugía Pediátrica del C.H. Torrecárdenas. Almería. [Póster electrónico](#)

Objetivos: Determinar la evidencia de la técnica de abocar sonda vesical a doble pañal en pacientes operados de cirugía reparadora anorectal o hipospadias.

Metodología: Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Scielo, Dialnet y Medline Plus, acotando a artículos recientes(5años). Descriptores: doble pañal, postoperatorio malformación anorectal, cuidados hipospadias. Revisión del procedimiento de cateterismo vesicouretral vigente en el hospital.

Resultados: No se encuentran publicaciones científicas en relación a la técnica del doble pañal, solo alguna alusión en las recomendaciones postoperatorio a las familias. En relación a los cuidados del paciente con sonda vesical el procedimiento del sondaje vesical del hospital específica (con nivel de evidencia A) que hay que mantener el sistema de sonda y bolsa siempre cerrado y manipular siempre con medias de asepsia con lo que el sistema de doble pañal no cumple esta evidencia.



Conclusión: En la cirugía anorrectal e hipospadias, frecuentes en pacientes quirúrgicos pediátricos incontinentes; el sistema de doble pañal para mantener la zona quirúrgica limpia y seca, es una técnica que se utiliza habitualmente. Sin embargo, va en contra de la evidencia descrita en los procedimientos de sondaje vesical que especifican hay que mantener el sistema de sonda y bolsa siempre cerrado y manipular siempre con medias de asepsia. Atendiendo a la seguridad del paciente, que prima ante la comodidad; el personal de enfermería pediátrica debe cuestionar dicha técnica y negarse a realizarla basándose en la evidencia.

- **TÉCNICA PRP PARA VISIÓN PARA ENFERMERÍA**

Celesyín Yasibith Vargas Medina, M.^a Amparo Hernández Quesada.

Enfermeras del Área Quirúrgica del Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria. Santa Cruz De Tenerife (Tenerife). **Póster electrónico**

El Plasma Rico en Plaquetas (PRP), se emplea en diferentes técnicas quirúrgicas hoy en día. El personal de enfermería, desempeña un papel estrella a la hora de abordar dicha técnica moderna en cualquier centro hospitalario.

Objetivos: Comentar la relación del dispositivo de fraccionamiento del plasma a la técnica quirúrgica. Conocer el dispositivo para la obtención de Plasma Rico en Plaquetas (PRP).

Métodos: Preparación del PRP por parte de la enfermera quirúrgica cumple 5 etapas: Extracción. Centrifugación. Separación. Activación. Aplicación.

Resultados: Como técnica relativamente nueva para nosotras como enfermeras, cabe destacar que su reiterado uso en diferentes técnicas quirúrgicas, nos permite acentuar su comodidad, garantía y confianza como profesionales a la hora de hacer uso de la misma. Creemos que gracias a su técnica de obtención tan específica permite avalar un buen PRP.

Conclusiones: El uso de PRP se plantea como un método eficaz, seguro y de bajo costo. Sin duda alguna existe un control sobre la activación y su uso. Aunque destacamos que requiere seguir un protocolo de obtención muy riguroso. Dicha técnica permite trabajar en un tiempo marcado y como equipo con por el resto de profesionales del área quirúrgica.

- **TENGO... 1 AÑO Y HIRSCHPRUNG**

Aguilar Tola, Susana; García Martínez, Irene; Sanz Gil, María; Aranda Quesada, M.^a del Mar Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid). **Póster electrónico**

Objetivos: Dar a conocer la enfermedad de Hirschprung. Describir las colostomías pediátricas, uso correcto y mantenimiento, a fin de prevenir complicaciones. Plan de cuidados aplicados a nuestro paciente, y complicaciones sufridas durante el proceso.

Material y métodos: Póster electrónico explicativo con esquemas, gráficos e infogramas. Presentamos el caso clínico de un paciente de la Unidad de Cirugía Pediátrica.

RESULTADOS: Aportar nuestra experiencia, a través de éste caso, en el cuidado de pacientes con enfermedad de Hirschprung, cada vez más frecuente. Resaltar el impacto de ésta enfermedad dentro del ámbito familiar. Cuidar es imprescindible para la supervivencia, pero en éste tipo de pacientes, el papel de la enfermería es clave. No sólo influye de forma directa en el pronóstico de la enfermedad, sino que también requiere la educación sanitaria necesaria para la correcta aceptación e implicación familiar para el futuro desarrollo normal del niño.



Conclusiones: La unificación, estandarización y humanización de los cuidados en estos pacientes, conlleva una mejora de la calidad asistencial. La permanente búsqueda de la excelencia en los cuidados aplicados a la unidad familiar, conlleva siempre numerosos beneficios demostrables a corto plazo, y debe ser un axioma universal en nuestra práctica diaria.

- **TEST DE HAZELBAKER, UNA HERRAMIENTA PARA ENFERMERÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ANQUILOGLOSIA**

M.^a del Mar Correa Casado, M.^a del Pilar Moreno Salmerón, Antonia C. Enríquez Cejudo, M.^a Dolores Cobo Romero y M.^a del Pilar Real de la Cruz

Enfermeras Especialistas en Pediatría de la Unidad de Cirugía Pediátrica del C.H. Torrecárdenas. Almería. **Póster electrónico**

Objetivos: Conocer la herramienta de evaluación de Hazelbaker para la función del frenillo lingual.

Metodología: Se realiza una revisión bibliográfica desde 2013 hasta diciembre 2017 en las bases de datos: Cuiden, Scielo, Medline y Pubmed usando como descriptores de la salud: Recién nacido, Enfermería, Educación, Frenillo Lingual. Seleccionamos 8.

Resultados: El frenillo corto puede causar dificultades en la lactancia del recién nacido, por lo que resulta necesaria una evaluación específica. El test de Hazelbaker es una herramienta de evaluación de alta confiabilidad, según los estudios encontrados, ayuda a evaluar el amamantamiento en los recién nacidos con anquiloglosia y la severidad del problema. La lengua del bebé se evalúa a través de 5 ítems de aspecto y 7 ítems de función, puntuados de 2 (mejor) a 0 (peor). Se diagnostica anquiloglosia significativa si: aspecto ≤ 8 y/o función ≤ 11 Anexo 1. Herramienta de Hazelbaker.

Conclusión: Encontramos que esta técnica nos es muy útil a la hora de amantar al recién nacido, aunque la anquilosia a veces no impida el amamantamiento la frenectomía puede mejorar el bienestar materno, disminuyendo el dolor, duración de las tomas y sensación de plenitud del bebé,... La exploración de la cavidad oral debe ser sistemática en la revisión de los neonatos y lactantes. Los profesionales de enfermería deben de conocer esta herramienta para poder asesorar en materia de lactancia materna o en caso de necesidad su derivación a cirugía pediátrica.

- **TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN ESPAÑA, UN MODELO A SEGUIR**

Encarnación Durán Carranza y María Dolores Martínez Contreras
Hospital Materno Infantil, Granada. **Póster electrónico**

Objetivos: Conocer cómo funciona el trasplante de órganos-tejidos, qué se dona, porque somos un modelo a seguir. Identificar y captar a un posible donante por parte del personal de enfermería del Sistema Nacional de Salud.

Material y métodos: Hemos realizado una revisión retrospectiva de la donación desde sus inicios hasta hoy, porqué surgió la Organización Nacional de Trasplantes. La actividad trasplantadora en adultos y niños en España es cada vez más frecuente, actualmente se trasplantan: Órganos: corazón, hígado, riñón, páncreas, pulmón, intestino, piel. Tejidos: osteotendinoso, queratoplastia, cordón umbilical, médula, sangre, válvulas cardíacas, injertos vasculares. Para llevar a cabo esta actividad necesitamos donantes los cuales de manera altruista donan todo lo que pueden o quieren. Las donaciones provienen de muerte encefálica y parada cardíaca (tipol, II, III, IV).



Equipo multidisciplinar que realiza esta actividad: 8 médicos, 13 enfermeras y el resto hasta 40 administrativos e informáticos en las oficinas centrales que gestionan los 17.000 profesionales repartidos por España, los recursos, información y formación para que el sistema funcione 24h.

Resultados: A lo largo de los todos los años de trasplantes en España ha sido durante los últimos 29 años desde que se creó la ONT donde los resultados han ido mejorando progresivamente.

Conclusión: Comparando los datos podemos decir que cada año batimos nuestro propio recórd. El reconocimiento mundial biomédico, científico de la ONT ha ido en aumento tanto es así que desde la CEE, la OMS y otros organismos han demandado asesoría, consejo, cooperación y ayuda para trasladar nuestro modelo a sus países por su calidad, eficiencia y sistema organizativo.

- **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO VERSUS TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO. PERCEPCIÓN DE ENFERMERÍA**

Correa Casado M.M.; Enríquez Cejudo A.C.; Moreno Salmerón M.P.; Cobo Romero M.D. y Real de la Cruz M.P.

Enfermeras Especialistas en Pediatría de la Unidad de Cirugía Pediátrica del C.H. Torrecárdenas. Almería. [Póster electrónico](#)

Objetivo: Analizar los conocimientos y actitudes del personal de enfermería del servicio de Cirugía Pediatría de nuestro hospital, en relación al dolor en niños hospitalizados.

Método: Se realizó estudio transversal descriptivo mediante encuesta, se pasó al personal de enfermería de la unidad de cirugía pediátrica del C.H. Torrecárdenas, durante el mes de Mayo de 2017. Total de la muestra 27 enfermeros, obtuvimos 25 encuestas completas y dos incompletas que no hemos usado.

Resultados: El tratamiento farmacológico es el más utilizado por considerar al paciente quirúrgico como susceptible de analgesia. La falta de tiempo y el seguimiento estricto de la prescripción médica, son señalados como los principales impedimentos a la hora de no realizar técnicas no farmacológicas frente al dolor. La falta de formación sobre el manejo del dolor en pediatría es citado como primordial, ya sea farmacológica o no.

Conclusiones: El tratamiento del dolor de forma farmacológica sigue siendo la más extendida. La falta de conocimiento, arraigo hacia otras técnicas, tiempo o previsión, son factores que influyen negativamente en el uso de técnicas no farmacológicas. Como líneas de mejora creemos que se necesita mayor formación y fomento de estrategias no farmacológicas.

- **USO DE CIANOACRILATOS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. ANÁLISIS DE LA OPINIÓN DE PADRES CON NIÑOS AFECTOS**

M.^a del Mar Correa Casado, M.^a del Pilar Moreno Salmerón, Antonia C. Enríquez Cejudo, M.^a Dolores Cobo Romero y M.^a del Pilar Real de la Cruz

Enfermeras Especialistas en Pediatría de la Unidad de Cirugía Pediátrica del C.H. Torrecárdenas. Almería. [Póster electrónico](#)

Introducción: Los accidentes en la edad pediátrica son la primera causa de atención en los servicios pediátricos de emergencias. Una alternativa en la reparación de las heridas serían los adhesivos tisulares o cianoacrilatos.

Objetivos: Conocer la opinión sobre el uso de cianocrilato por parte de los padres de niños con heridas incisivas que acuden a urgencias pediátricas del Hospital Torrecárdenas de Almería.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal de Mayo a Diciembre 2017, mediante encuesta, previo consentimiento, a padres de niños atendidos en el servicio de urgencias en los que se ha usado este tipo de sutura. Se realizó una encuesta antes de la realización de la técnica y otra tras ella. Motivo de exclusión negarse a ello.

La muestra se compone de 22 padres de niños de edades entre 3-14 años.

Resultados: Se recogen datos sobre conocimiento por parte de los padres de la técnica, si les parece segura, nivel de satisfacción tras su realización, podemos destacar qué, aunque la conocían les producía inseguridad. Representación de los resultados mediante gráficos.

Conclusión: Los resultados obtenidos demuestran que los cianoacrilatos son muy bien aceptados en pediatría ya que es rápido de aplicar, disminuye el tiempo para el cierre de la herida, lo que disminuye la ansiedad de padres e hijos, les parece práctico y sencillo. Los padres se muestran satisfechos con la técnica con pegamento.

• VALORAR PARA CONTROLAR. ENFERMERÍA ANTE EL DOLOR EN NIÑOS

Antonia del Carmen Enríquez Cejudo, M.^a del Mar Correa Casado, M.^a del Pilar Moreno Salmerón, M.^a Dolores Cobo Romero, M.^a Isabel Sáez Alonso, M.^a del Pilar Real de la Cruz Hospital Torrecárdenas. Almería. [Póster electrónico](#)

Objetivos: Valorar el grado de conocimientos que posee el personal de Enfermería de Cirugía Pediátrica y Lactantes del hospital Torrecárdenas de Almería sobre medidas de evaluación del dolor pediátrico y la utilización de las mismas. Actualizar y difundir información sobre métodos de valoración del dolor en niños, basados en evidencia científica.

Material y método: Se realizó y pasó una encuesta a 21 enfermeros de Pediatría para conocer el grado de conocimientos que poseen sobre escalas de medidas de dolor en niños, en Abril de 2017. Se realizó revisión bibliográfica en diferentes bases de datos especializadas en ciencias de la salud: SCIELO, BVSSPA y Asociación Española de Pediatría.; obteniendo información de artículos publicados entre 2008 y 2016, seleccionando cuatro de ellos. Las palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron: dolor, enfermería, niños, valoración.

Resultados: Presentamos los resultados de nuestra encuesta (Anexo 1). Realizamos una actualización del material de consulta al que tiene acceso el personal de la unidad con diferentes herramientas para valorar el dolor, en función de la etapa de desarrollo en la que se encuentre el niño (Anexo 2).

Conclusiones: Para la valoración del dolor en pediatría es fundamental elegir un método que se adapte perfectamente al desarrollo cognitivo y a la edad del niño. Así podremos ofrecer un mejor manejo del dolor en Cirugía Pediátrica.



NORMAS COMUNICACIONES ESPECÍFICAS DE PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES

Los autores deberán presentar su comunicación en el área asignada para ello en la sede del Congreso (**Área Entrega Presentaciones**) con un mínimo de 3 horas antes del inicio de la sesión correspondiente, o el día anterior si la sesión empieza a primera hora de la mañana. La falta de cumplimiento de este requisito puede suponer la no presentación de la comunicación.

1. Las presentaciones orales pueden ser de 3 minutos o de 5 minutos y deberán aportarse en formato PC Windows.
2. Los pósteres con defensa oral son comunicaciones de 1 minuto de presentación y 1 de discusión. Se podrá presentar el póster con 1 diapositiva o excepcionalmente 2 diapositivas en formato Powerpoint.
3. Los vídeos se expondrán en las sesiones correspondientes en las mismas condiciones que las comunicaciones orales, en formato de vídeo de 3' o vídeo de 5'.
4. Los pósteres electrónicos se podrán visualizar en las pantallas habilitadas para ello los días 24, 25 y 26 de Mayo.

En caso de que el autor tuviese que hacer uso de su ordenador personal Apple, deberá comunicarlo a la Secretaría Técnica con 3 horas de antelación y deberá aportar el adaptador para Apple.



INFORMACIÓN GENERAL DEL CONGRESO

SEDE DEL CONGRESO

Palacio de Congresos de Granada

Paseo del Violón, s/n

18006 Granada

Tel. 958 246 700

www.pcgr.org

INSCRIPCIÓN EN SEDE

- Las inscripciones se realizarán exclusivamente en la Secretaría Técnica del Congreso.
- Se admitirán inscripciones en la Sede del Congreso los días 24, 25 y 26 de mayo y el importe de las cuotas será el siguiente:

Categoría	En Sede
Cirujano/a pediátrico socio SECP	420 €
Cirujano/a pediátrico no socio SECP	520 €
Residentes acreditados socios SECP	360 €
Residentes acreditados no socios SECP	460 €
Enfermería	460 €
Residentes Enfermería	360 €
Cena de Clausura	65 €

CERTIFICADOS

- Los certificados de asistencia se entregarán en la documentación del congreso.
- Los certificados de presentación de comunicaciones científicas serán entregados por el moderador y/o azafata de la sala una vez finalizada la sesión correspondiente.
- Se entregará un solo certificado por cada trabajo presentado.



CERTIFICADO DE ASISTENCIA Y CRÉDITOS

Para recibir el certificado de asistencia al Congreso con el cómputo de créditos, hay que entregar en la Secretaría Técnica los CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN así como la HOJA DE FIRMAS DE ASISTENCIA A LAS SESIONES debidamente cumplimentados, incluidos para este fin en la documentación del Congreso.

ACREDITACIONES Y TICKETS

- Para el acceso al Congreso, así como a las comidas de trabajo, será imprescindible el distintivo acreditativo.

CENA DE CLAUSURA

- La cena de clausura del congreso se celebrará el día 25 de Mayo en el Carmen de los Chapiteles (Camino Fuente del Avellano, 4, 18010 Granada).
- Será imprescindible la presentación del ticket correspondiente que tendrá que retirar en la Secretaría Técnica, si ha procedido a su previo pago.

OBSERVACIONES

El Comité Organizador se reserva el derecho de modificar cualquier punto del programa en caso de surgir alguna circunstancia imprevista.

Se recomienda comunicar a la Secretaría Técnica las alergias alimentarias.

Granada,
24 al 26
de mayo 2018

Palacio de Congresos
de Granada



www.secipe.org

Granada

EMPRESAS COLABORADORAS



LVII CONGRESO
DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE CIRUGÍA
PEDIÁTRICA

V CONGRESO NACIONAL
DE ENFERMERÍA
EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA



Granada, 24 al 26 de mayo 2018
Palacio de Congresos de Granada

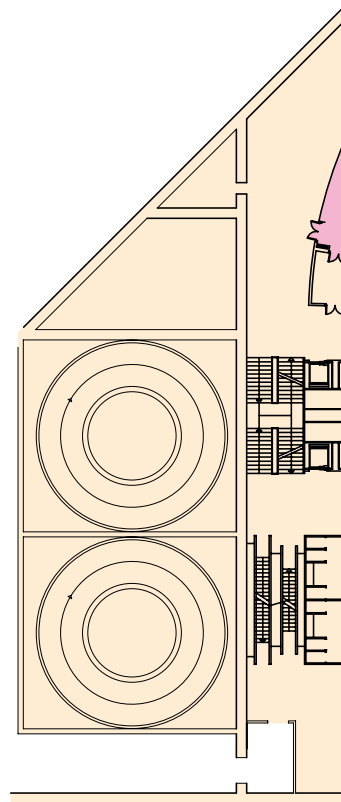
www.secipe.org

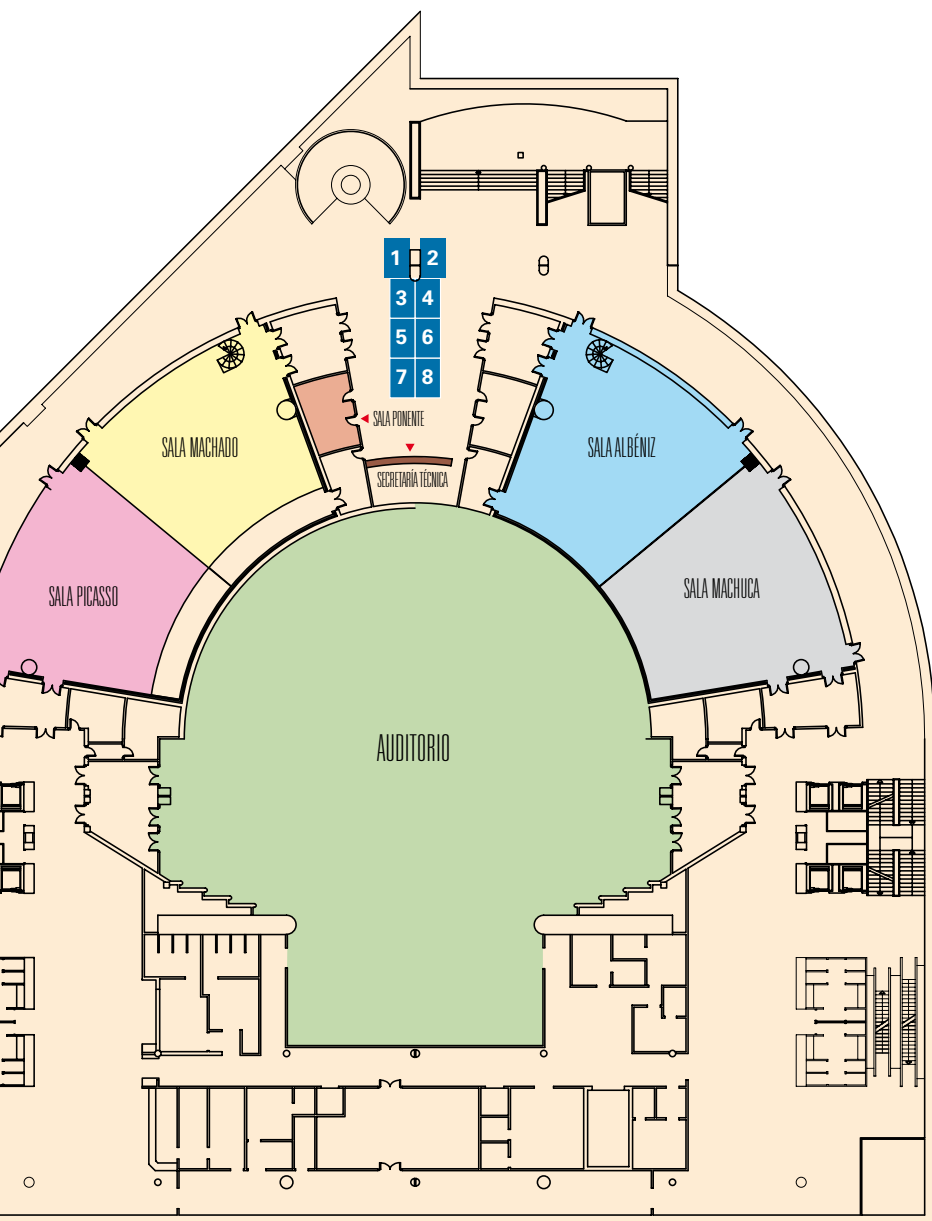


Granada

PLANO EXPOSICION COMERCIAL

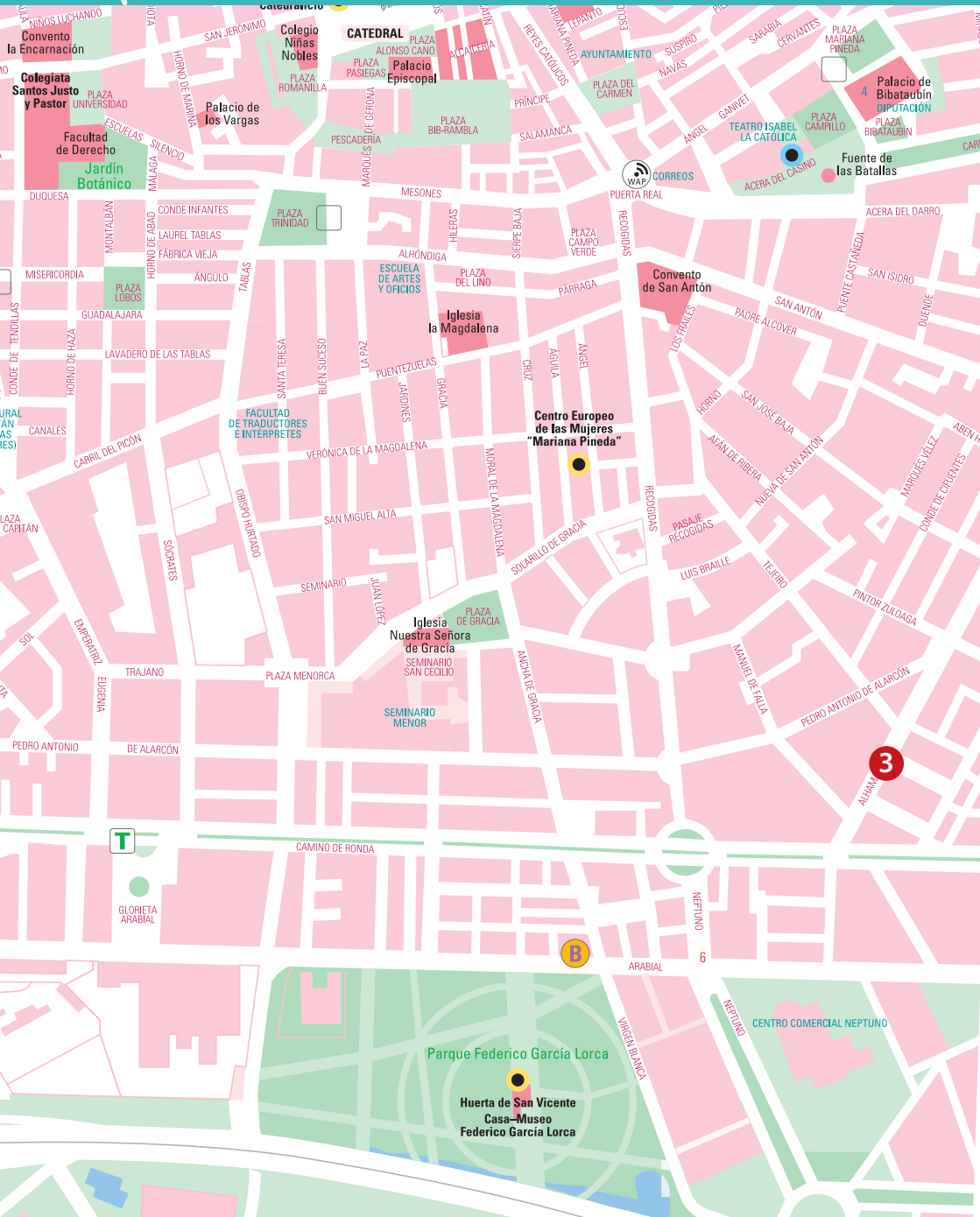
- STAND 1. ACUÑA FOMBONA
- STAND 2. B BRAUN
- STAND 3. NORGINE
- STAND 4. PALEX
- STAND 5. FILMED
- STAND 6. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA
- STAND 7. COLOPLAST







LVII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA V CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA



Granada,
24 al 26
de mayo 2018

Palacio de Congresos
de Granada



www.secipe.org

Granada

PLANO SITUACIÓN DE ALOJAMIENTO OFICIAL Y SEDE CONGRESO

- 1 HOTEL SARAY 4*
- 2 HOTEL ANDALUCÍA CENTER 4*
- 3 Hotel OCCIDENTAL 4*
- 1 Sede: Palacio de Congreso de Granada



LVII CONGRESO
DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE CIRUGÍA
PEDIÁTRICA

V CONGRESO NACIONAL
DE ENFERMERÍA
EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA



Granada, 24 al 26 de mayo 2018
Palacio de Congresos de Granada



Palacio Congresos
Granada



www.secipe.org

Granada

VIAJES *El Corte Inglés*

CONGRESOS

M.I.C.E. VALENCIA

C.C. Ademuz - C/. Pío XII, 51- 4.ª planta . 46015 Valencia

Tel. +34 963 107 189 • E-mail: congresos.valencia@viajeseci.es