

XI REUNIÓN DE CIRUJANOS PEDIÁTRICOS DE ANDALUCÍA

13 Y 14 DE NOVIEMBRE DE 2015

COMITÉ ORGANIZADOR LOCAL:

Dr. Salvador Fernández Dozagarat

Dr. Eduardo López Candel

Dr. Juan Francisco Navarro Pardo

Dra. Carolina Marañés Gálvez

Dra. Esther Licerias Licerias

Dra. Eloisa Díaz Moreno

Srta. Encarnación Ortega

SEDE DEL CONGRESO:

Salón de Actos.

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

13 de Noviembre

9.30-10h: Entrega de Documentación.

10-10.30h: Acto Inaugural.

10.30-11.45h: MESA REDONDA: "INCONTINENCIA FECAL":

Dr. Manuel Martín González

Jefe de sección Unidad de Gastroenterología Pediátrica, Complejo Hospitalario de Torrecárdenas, Almería.

Dr. Salvador Fernández Dozagarat.

Jefe de Servicio de Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario de Torrecárdenas, Almería.

Dr. Juan Pedro Hernández Bermejo

Jefe de Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Santa Lucía, Cartagena.

Dr. Antonio Fernando Álvarez García

F.E.A Unidad de Coloproctología, Complejo Hospitalario de Torrecárdenas, Almería.

11.45-12h: Pausa/Café

12-12.30h: "ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER INFANTIL EN LA PROVINCIA DE ALMERÍA"

Dra. María Ángeles Vázquez López

Jefa de sección Unidad de Onco-Hematología Pediátrica, Complejo Hospitalario de Torrecárdenas, Almería

12.30-13.30h: 1ª SESIÓN COMUNICACIONES ORALES:

Oncología-Cirugía General

Moderadores:

Dra. Rosa Paredes Esteban (Jefa de Servicio Cirugía Pediátrica, H. Reina Sofía)

Dr. Ricardo Fernández Valadés (Jefe de Servicio Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario de Granada)

Linfoma de Burkitt abdominal: una emergencia oncológica. A propósito de un caso.

Siu Uribe A, Vázquez Rueda F, Escassi Gil A, Murcia Pascual FJ, Betancourth Alvarenga JE, Cárdenas Elías MA, Paredes Esteban RM.

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN.

El linfoma de Burkitt no-endémico tiene una incidencia de aproximadamente 3 casos por millón de habitantes por año, y se presenta usualmente como una tumoración abdominal caracterizada por su rápido crecimiento pudiendo duplicar su tamaño en 24 horas. Su localización más frecuente es el íleon terminal y presenta una respuesta favorable a tratamiento quimioterápico, con una supervivencia cerca del 90% en estadios avanzados.

Dadas las consecuencias potencialmente graves de su gran tamaño, es importante actuar de manera rápida y acertada, diferenciándolo de otras causas de tumores abdominales.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.

Niño de 3 años, sin antecedentes patológicos, que acude por cuadro diarreico de unos días de evolución. A la exploración abdominal, en FID se palpa una masa dura, indolora, no móvil, irregular, de 10cm. Sin adenopatías palpables. Ecografía: masa de 5.7 x 9.4 cm, polilobulada, ecogenicidad heterogénea, marcado flujo doppler, sin relación con asas intestinales ni psoas, que cruza la línea media. Adenopatías menores de 2cm. TAC: múltiples masas mesentéricas que engloban los vasos sin infiltrarlos, la mayor en región ileocecal, que han experimentado crecimiento significativo en las últimas 24 horas. Líquido libre en pelvis en mayor cuantía. Al 2º día intrahospitalario (DIH) se realiza biopsia abierta compatible con Linfoma de Burkitt, con muy alto índice proliferativo. Sin infiltración de médula ósea ni SNC. Sin complicaciones quirúrgicas. Se coloca port-A-cath al 4º DIH y se inicia quimioterapia COPADM1 al quedar clasificado en el esquema B del protocolo LNH-SEHOP. Actualmente en remisión.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El papel de la cirugía en el tratamiento del linfoma de Burkitt se debe limitar a la extracción de muestra para estudio anatomopatológico, salvo en caso de complicaciones (obstrucción o invaginación intestinal). Actualmente, nuevos estudios se inclinan hacia la realización de biopsia percutánea, ya que las probables complicaciones postoperatorias y el tiempo de recuperación de la cirugía puede retrasar el inicio del tratamiento, que se basa en quimioterapia con múltiples fármacos e inmunoterapia. Ante una masa abdominal de crecimiento rápido, se debe sospechar siempre la presencia de un linfoma de Burkitt, realizar el diagnóstico e iniciar lo antes posible la quimioterapia.

Tumores ováricos en la edad pediátrica. Revisión de los últimos 20 años.

Murcia Pascual FJ; Vázquez Rueda F; Siu Uribe A; Ortega Salas R; Paredes Esteban RM.

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los tumores ováricos son raros en la infancia, representando del 1 al 5% de los tumores sólidos en la edad pediátrica. El tipo histológico más frecuente son los tumores derivados de células germinales a diferencia de la edad adulta donde predominan los tumores epiteliales.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los tumores ováricos tratados en nuestro centro en los últimos 20 años. Se analizan edad, lateralidad, presentación clínica, pruebas complementarias, tipo histológico, tratamiento y evolución.

RESULTADOS

Se revisan 32 casos de tumores ováricos en 26 pacientes (6 tumores bilaterales). Edad media de 10,3 años (0-14 años). El 50% (16) debutaron como masa palpable, el 28,1% (9) en forma de abdomen agudo, y el 21,9% (7) fueron hallazgos casuales. No existe predominio de lateralidad y marcadores tumorales negativos en la totalidad.

Se practica cirugía conservadora en el 28% (9) de los casos y anexectomía en el 72% (23) restante. Sólo un caso precisó tratamiento adyuvante postoperatorio. (teratoma inmaduro estadio I con gliomatosis peritoneal).

El estudio histológico demuestra un predominio de tumores de células germinales (53,1%), frente a los de estirpe epitelial(31,2%), destacan 3 tumores estromales que corresponden a fibromas y un gonadoblastoma bilateral asociado a síndrome de Frasier.

La evolución ha sido favorable en la totalidad de los pacientes.

CONCLUSIONES

La cirugía conservadora debe ser la primera opción terapéutica ante un tumor ovárico en la infancia, dada la alta incidencia de benignidad en estos pacientes, con todavía más relevancia en los tumores bilaterales.

Schwannoma melanocítico maligno del tracto gastrointestinal: origen infrecuente de masa abdominal.

Martinez Villamandos, Alfonso; Hernandez del Arco, Sara; Diaz Diñeiro, María; Primelles Díaz, Arbelio; Parrado Villodres, Rafael; Ruiz Órpez, Antonio.

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil, HUCH. Málaga

INTRODUCCIÓN

Describimos un tumor maligno melanótico procedente de la vaina de un nervio de intestino delgado descubierto a raíz del estudio de paciente de 3 años con masa abdominal remitida de otro centro.

RESUMEN DEL CASO

Paciente de 3 años sin antecedentes patológicos de interés es derivada a nuestro centro para estudio de masa abdominal sin otra sintomatología acompañante. El examen clínico reveló masa abdominal de bordes imprecisos, no adherida a planos profundos, no dolorosa y de consistencia firme.

Se realizó ecografía abdominal que fue informada como tumoración sólida de origen no identificable sospechosa de neuroblastoma aunque de posible origen intraperitoneal. Se completó estudio con RNM con contraste en la que se informa como masa intraperitoneal sólida de 7x6.2x6cm sin afectación a distancia ni adenopatías, descartándose neuroblastoma, rhabdomyosarcoma, teratoma o linfoma por sus características radiológicas.

Ante estos hallazgos se decide en el comité tumoral de nuestro centro laparotomía exploratoria.

En la laparotomía se descubre masa de gran tamaño localizada en mesenterio de intestino delgado, de consistencia solido-quística y lobulada que se dirige a raíz de mesenterio rodeada de adenopatías múltiples con vascularización dependiente de vasos mesentéricos. La masa fue disecada y extraída de manera completa respetando márgenes tumorales así como vasos mesentéricos. Se exploró hígado sin encontrar masas.

COMENTARIOS Y DISCUSION

Los tumores malignos de vaina nerviosa periférica son una variedad poco frecuente de sarcoma de origen ectodérmico. Estos tumores pueden aparecer de manera espontánea entre la tercera y sexta década de vida y entre un 5-42% se asocian a Neurofibromatosis tipo 1. En nuestro caso la paciente no sufre ningún trastorno genético.

La sintomatología de estos tumores del tracto gastrointestinal es inespecífica, incluyendo dolor abdominal (63%), pérdida de peso (44%), vómitos (43%) y hemorragia digestiva (23%), ninguno de estos síntomas se dio en nuestra paciente.

La exéresis completa es el único tratamiento curativo del que se dispone. La quimioterapia se emplea en casos de exéresis incompleta sin que haya estudios controlados al respecto que la avalen.

Carcinoma renal pediátrico: nuestra casuística

Alba Rodriguez Gómez, María González Pelegrina, Danae Cuadrado García, Francisco Lendínez Molinos, Moisés Leyva Carmona, Salvador Fernández Dozagarat, M^a Ángeles Vázquez López. Hospital Torrecárdenas. Almería

INTRODUCCION:

El carcinoma renal (CR), es raro en la infancia. Clínica y radiológicamente puede ser indistinguible del tumor de Wilms. Son refractarios a quimioterapia (QT) preoperatoria y la nefrectomía total suele ser curativa.

CASO CLÍNICO: Entre Enero-90 y Diciembre-04, 347 pacientes entre 0-14 años tuvieron cáncer, de los cuales 17 (4,9%) fueron tumores renales. De estos, 5 (30%) fueron CR. Caso 1: mujer de 7 años ingresada para estudio de masa renal. TAC: masa de 8x12 cm en riñón derecho. Recibió QT preoperatoria según protocolo SIOP para tumor de Wilms sin mejoría. Se realizó nefrectomía y linfadenectomía regional. Estudio anatomía patológica (AP) compatible con CR estadio I. A los 21 años sigue viva y libre de enfermedad. Caso 2: varón de 10 años ingresado por hematuria macroscópica tras traumatismo renal. Ecografía: hematoma de riñón izquierdo con aspecto pseudotumoral. Se decide actitud expectante

mejorando la hematuria. TAC de control: masa heterogénea de 6 cm. Se realizó nefrectomía y linfadenectomía con diagnóstico AP de CR estadio II. A los 19 años continúa vivo y libre de enfermedad. Caso 3: Mujer de 10 años afecta de esclerosis tuberosa ingresada para estudio de masa renal. TAC: lesión sólida de 2x3 cm en riñón izquierdo. Se realizó nefrectomía parcial con diagnóstico AP de CR estadio 1. A los 14 años continúa libre de enfermedad. Caso 4: Varón de 13 años ingresado para estudio de masa renal. TAC: masa sólida en riñón derecho de 4 cm. Se realizó nefroureterectomía con diagnóstico AP de CR estadio 1. A los 8 años continúa libre de enfermedad. Caso 5: varón 6 años ingresado para estudio de masa renal bilateral. TAC: múltiples masas nodulares bilaterales. Se incluyó en protocolo SIOP administrándose QT preoperatoria con sospecha de tumor de Wilms bilateral sin mejoría. Se trasladó a hospital de referencia donde realizan nefrectomía izquierda, tumorectomía derecha y linfadenectomía con diagnóstico AP de CR papilar tipo II bilateral. A los 2 años del diagnóstico continúa vivo sin evidencia de recidiva tumoral.

CONCLUSIONES:

El CR debe ser considerado en el D/D de las masas renales en la infancia. Destacamos: a) La alta proporción de CR (30% de los tumores renales) en nuestro medio; b) La consideración como 1ª opción diagnóstica el T. de Wilms indujo al uso de QT y demora quirúrgica en 2 casos; c) La extraordinaria infrecuencia del carácter bilateral en el CR; d) La buena evolución seguida por todos los pacientes.

Masa cervical gigante: cuando lo frecuente se presenta de manera inusual.

Martinez Villamandos, Alfonso; Hernandez del Arco, Sara; Jurado Tabares, María; Parrado Villodres, Rafael; Garcia Soldevila Nuria; Martinez del Castillo, María Luisa.

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil, HUCH. Málaga

OBJETIVO.

Reportar una forma anómala de presentación de quiste tirogloso como etiología de masa cervical gigante en un paciente pediátrico.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Presentamos el caso de una niña de 11 años con una masa laterocervical izquierda gigante de crecimiento progresivo en los últimos meses que produce clínica de disfagia, disnea y ronquido nocturno.

RESULTADOS.

La paciente presenta una masa de 12x7x4 cm con compromiso de la luz esofágica y traqueal que inicialmente se diagnostica como una malformación vascular linfática gigante por sus características clínico-radiológicas y tras realizar PAAF. Se realiza escleroterapia en dos ocasiones sin éxito precisando ingreso en Cuidados Intensivos Pediátricos por dificultad para la extubación. Tras reevaluar el caso en comité multidisciplinar y encontrar un nódulo en lóbulo tiroideo izquierdo se sospecha un teratoma tirocervical por lo que se decide explorar quirúrgicamente. Se realiza una quistectomía completa y una hemitiroidectomía izquierda. El estudio anatomopatológico de la masa se informa como quiste tirogloso y el tiroides como bocio multinodular.

CONCLUSIONES.

El quiste del conducto tirogloso es la segunda etiología más frecuente de masa cervical tras las adenopatías. Presentamos este caso como muestra de una forma poco frecuente y agresiva de presentación de esta malformación congénita.

Tratamiento multidisciplinar del Hemangioma Congénito No Involutivo.

Liceras Liceras, Esther; Marañés Gálvez, Carolina; Navarro Pardo, Juan Francisco; López Candel, Eduardo; Fernández Dozagarat, Salvador
Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Torrecárdenas, Almería

INTRODUCCIÓN:

El hemangioma es el tumor vascular benigno más frecuente. Según su comportamiento clínico y su naturaleza histológica, se clasifica en hemangioma de la infancia, y hemangioma congénito (rápidamente involutivo RICH y no involutivo NICH), aunque por sus características histológicas, parecen tratarse de entidades diferentes.

CASO CLÍNICO:

Niña de 4 años que presenta lesión de naturaleza vascular en zona deltoidea derecha. Tamaño aproximado de 4-5 cm de diámetro, aspecto circunferencial, sobreelevada, coloración violácea, con telangiectasias superficiales, halo blanquecino alrededor de la misma y aumento de temperatura local. Se practican pruebas complementarias. La ecografía doppler, es informada como malformación de alto flujo con fístulas arteriovenosas, catalogándola de malformación arteriovenosa.

Dadas las características clínicas, pensamos en hemangioma congénito no involutivo.

La arteriografía de la lesión muestra grandes vasos aferentes. Embolización previa a cirugía para disminuir el riesgo de sangrado. Se usa copolímero alcohol vinil-etileno (onyx). Tras el tratamiento, presenta isquemia parcheada de la tumoración, con aparición de zonas necróticas periféricas que no se complican con sangrado ni infección.

Tras un mes del tratamiento se decide resección total. La disección quirúrgica se ve favorecida por la necrosis interna, facilitando la cirugía y sin aparición de sangrado. Se lleva a cabo cierre directo del defecto.

CONCLUSIÓN:

Los hemangiomas congénitos no involutivos, son un tipo particular de hemangiomas, poco frecuentes, que precisan tratamiento quirúrgico. Planteamos la posibilidad de realizar un tratamiento más tardío, sin complicaciones, tras la embolización, obteniendo muy buenos resultados intraoperatorios, gracias a la necrosis de la misma.

Quistes dermoides nasoetmoidales, manejo quirúrgico multidisciplinar.

García Dueñas, C. Padilla García, MA. Muñoz Miguelsanz, MA. Martínez Plaza, A. Fernández Valades, R.

Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

INTRODUCCIÓN:

Los quistes dermoides nasoetmoidales son malformaciones congénitas infrecuentes, de origen ectodérmico. A diferencia de los dermoides de otras localizaciones, existe la posibilidad de compromiso de estructuras profundas y extensión intracraneal, pudiendo asociarse a graves complicaciones. Por este motivo, demandan una adecuada evaluación imagenológica para planificar el abordaje quirúrgico.

Por las características singulares de los quistes dermoides nasoetmoidales consideramos de interés presentar 2 casos clínicos de esta poco frecuente e interesante patología, discutiéndose además algunos aspectos relacionados con su evaluación y manejo quirúrgico.

RESUMEN DEL CASO:

Presentamos los casos de dos pacientes de 11 y 12 años que presentaron deformidad nasal progresiva, hipertelorismo y respiración bucal. En las pruebas de imagen de ambos casos se observó una tumoración hipodensa en tabique nasal en contacto con el etmoides, sin que se pudiera descartar comunicación intracraneal. Por tal motivo se decide abordaje quirúrgico multidisciplinar (Cirugía pediátrica, cirugía maxilofacial, ORL y

neurocirugía), observándose una lesión quística dentro del tabique nasal, produciendo restricción del crecimiento de este y de los cartílagos nasales. No se evidenció comunicación intracraneal. Se consiguió la exéresis completa del quiste, pero requirió la realización de rinoplastia con colocación de injertos óseos y cartilagosos para conseguir un resultado estético y funcional satisfactorio.

El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de quiste dermoide. Las pacientes evolucionaron sin complicaciones o recurrencias hasta el momento. La evaluación del resultado estético fue buena, destacándose la remodelación espontánea del esqueleto óseo nasal.

CONCLUSIONES:

Los quistes dermoides nasoetmoidales generalmente son diagnosticados en los primeros 3 años de vida, aunque algunos pueden pasar desapercibidos hasta la edad adulta. Todo paciente con sospecha de un dermoide requiere de una adecuada evaluación imagenológica por la mayor probabilidad de compromiso óseo profundo y de extensión meningoencefálica. En algunas ocasiones a pesar de la evaluación imagenológica completa, existe la posibilidad de falsos negativos para extensión intracraneal, por lo que el cirujano debe estar preparado para reparar una fístula o comunicación al sistema nervioso central, que se descubra intraoperatoriamente. Por este mismo motivo requiere que la planificación quirúrgica sea multidisciplinar.

Hiperinsulinismo congénito de difícil manejo

Vivas-Colmenares GV, Cabarcas Macia Laura, Aspiazu Salinas Diego, Marmolejo Franco Fernando, Cabello Laureano Rosa.

Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN:

El hiperinsulinismo congénito (HIC) es una enfermedad rara con una incidencia de 1 por cada 30.000-50.000 nacidos vivos. Se caracteriza por una inapropiada secreción de insulina por las células beta del páncreas que da lugar a hipoglucemias severas recurrentes. Nuestro objetivo es presentar un caso clínico de hiperinsulinismo congénito de difícil manejo.

RESUMEN DEL CASO:

RN varón, con hipoglucemia persistente (45 mg/dl) desde el nacimiento. Se realizó estudio de HIC observando insulinemias entre 9 y 16 mU/ml y en estudio genético mutación de las subunidades Sur y Kir de las células beta con alteración del gen ABCC8. Se instauró tratamiento con diazóxido hasta 16 mg/kg/día sin lograr control de la glucemia. En F-DOPA-PET se observó lesión focal de 0,8 cm en la unión del cuerpo con la cabeza del páncreas (SUV máx. 2.2).

Con el diagnóstico de presunción de HIC focal se realiza pancreatectomía corporocaudal, respetando cabeza y proceso uncinado, informándose en la biopsia intraoperatoria, la presencia de un foco de hiperplasia de células beta con márgenes libres. Al cuarto día postoperatorio presenta de nuevo hipoglucemias severas con hiperinsulinemia, precisando de diazóxido hasta 15mg/kg/día y octreótide 5mcg/kg/día. En el estudio patológico definitivo no se evidencia hiperplasia de células beta de forma focal ni difusa. Tras realizar nuevo F-DOPA-PET se confirma la persistencia de lesión focal en cabeza del páncreas por lo que se decide reintervención realizando pancreatectomía del 95%. A partir del 4º día postoperatorio se mantiene glucemias entre 70-100mg/dl que permiten descenso de glucosa endovenosa de forma progresiva, confirmando la nueva anatomía patológica la presencia de un foco de hiperplasia de células beta, con márgenes libres.

CONCLUSIONES:

El interés de este caso radica en la importancia de sospechar esta patología ante una hipoglucemia persistente y conocer el difícil manejo de la misma. Destacar la importancia de correlacionar los datos clínicos, radiológicos, genéticos e histopatológicos para una adecuada planificación del tratamiento quirúrgico.

13.30-14.30h: 2ª SESIÓN COMUNICACIONES ORALES:

Cirugía General

Moderadores:

Dr. Francisco Javier Castejón Casado (F.E.A. Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Granada)

Dr. Eduardo López Candel (F.E.A. Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Torrecárdenas. Almería)

Hernia de Spiegel. Patología congénita?

Espínola N, Licerias E, Marañés C, Navarro JF, López E, Fernández S.

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Torrecárdenas. Almería

INTRODUCCIÓN

La hernia de Spiegel es una rara variedad de defecto herniario de la pared abdominal.

Estas hernias aparecen a través de la línea semilunar de Spiegel, las cuales pueden contener grasa preperitoneal, saco peritoneal o con menos frecuencia contener una víscera hueca.

La edad media de presentación es de 2,7 años, son más frecuentes en varones, son bilaterales en un 21%, hay pocos factores predisponentes, aparecen hernias asociadas en un 15,1% y el contenido del saco más frecuente es el testículo.

A diferencia de las de los adultos, la hernia de Spiegel en la edad pediátrica se asocia a criptorquidia ipsolateral, lo que podría representar una patología congénita y no adquirida.

CASO CLÍNICO

Se presenta un caso clínico de paciente de 2 meses con antecedentes personales de CIR intraútero y membrana duodenal congénita intervenida en periodo neonatal, que ingresó procedente del servicio de urgencias por presentar llanto intenso y tumoración abdominal bilateral de 48 horas evolución. A la exploración presentó tumoraciones ovaladas en ambas fosas iliacas junto con bolsas escrotales vacías. La tumoración del lado izquierdo presentaba una consistencia dura muy dolorosa a la palpación. La tumoración del lado derecho no era dolorosa y se redujo fácilmente. Se realizó una ecografía que puso de manifiesto en pared abdominal inferior dos hernias bilaterales con contenido de intestino delgado y testículos intraherniarios, estando la izquierda con signos de sufrimiento isquémico.

En urgencias se logró reducir ambas hernias mediante taxia manual. A los doce días se intervino, confirmándose intraoperatoriamente hernia de Spiegel bilateral cuyo contenido eran ambos testículos. Se realizó una herniorrafia y orquidopexia bilateral sin ninguna incidencia. El postoperatorio fue favorable sin presentar ningún tipo de complicación.

COMENTARIOS

Las causas de las hernias de Spiegel en la edad pediátrica no se conocen todavía, fundamentalmente debido a su poca frecuencia, las cuales representan un 3% de todas las hernias de la pared abdominal. La edad media de presentación de esta patología es de 2,7 años, lo que junto a su asociación con criptorquidia ipsolateral nos sugiere que la etiología pueda ser congénita. Se han intentado postular varias teorías que refuercen esta etiología la cuales estarían relacionadas con una predisposición anatómica y factores que aumenten la presión abdominal, los cuales facilitarían la migración del testículo hacia el trayecto de menor resistencia.

Manejo de un caso de Síndrome Adrenogenital.

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

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil, HUCH. Málaga

INTRODUCCIÓN:

El déficit de 21 hidroxilasa conlleva un déficit de cortisol que estimula la producción de ACTH: hiperplasia suprarrenal congénita. Esto se traduce en una hiperestimulación de la corteza suprarrenal y la producción de esteroides conllevando a un hiperandrogenismo.

RESUMEN DEL CASO:

Mujer recién nacida que acude a nuestra consulta por presentar genitales ambiguos con diagnóstico de déficit de 21 hidroxilasa y cariotipo 46 XX. Tras realizar estudios de imagen, colostomía terminal temporal y vaginoscopia, se identifica seno urogenital de 3 cm. Se programa a la paciente para una genitoplastia feminizante (con clitoroplastia y separación, enterramiento y anclaje de los cuerpos cavernosos), descenso en bloque del seno urogenital y reconstrucción perineal.

CONCLUSIONES: es fundamental identificar el síndrome adrenogenital en el contexto de una paciente con genitales ambiguos, sin olvidar que en ocasiones asocia una forma pierde sal que precisa un manejo rápido. La corrección del déficit del cortisol evitará el hiperandrogenismo y sus consecuencias en el desarrollo.

Torsión apendicular: Una causa infrecuente de Abdomen Agudo.

Cárdenas Elias MA.; Vázquez Rueda F; Murcia Pascual FJ; Betancourth-Alvarenga JE; Siu Uribe A; Paredes Esteban RM.
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN.

La torsión apendicular es una entidad rara que suele causar sintomatología similar a un cuadro de apendicitis aguda. Su etiología puede ser idiopáticas y secundarias a mucocoele, invaginaciones, cystoadenomas hasta un tumor carcinoide. Hallándose casos descritos desde 1918 en la literatura por Payne que describió el primer caso de una torsión apendicular en un adulto, sin embargo los casos descritos pediátricos son aún más escasos. Presentamos un varón de 6 años una sospecha de apendicitis, y con hallazgo intraoperatorio una torsión apendicular.

RESUMEN DEL CASO.

Presentamos un paciente de 6 años de edad con cuadro de dolor abdominal en cuadrante inferior derecho de 24 horas de evolución, acompañado de mal estar general y deposición diarreíca, sin otra sintomatología añadida que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital, realizando interconsulta con nuestro servicio encontramos: A la exploración presenta defensa a la palpación en fosa iliaca derecha, signos de peritonismo focalizado con con leucocitosis de 22.400 leu/mm^3 con neutrofilia y PCR normal (0,2 mg/l). Ante una sospecha de una apendicitis aguda se decide intervención quirúrgica con hallazgo intraoperatorio el apéndice vermiforme isquemico desde la base incluyendo el mesoapendice respetando el ciego en su integridad. Torsionado a 360° sobre su eje en sentido anti-horario realizandocé una apendicectomia sin incidencias. El resultado de la anatomía patológica fue compatible con necrosis y congestión vascular atribuibles a isquemia. Paciente fue dado del alta a las 48 horas sin incidencias.

CONCLUSIONES.

La torsión del apéndice cecal es una entidad bastante rara, y debe mantenerse como diagnóstico diferencial en cuadros de dolor abdominal en fosa iliaca derecha, las causas pueden ser primarias o secundarias. Siendo importante el estudio histológico para descartar las patologías de etiología secundaria.

Hidrocele Abdomino-Escrotal: Presentación de Tres Casos y Revisión de la Literatura.

Laura Cabarcas Maciá, Fernando Marmolejo Franco, Sonia Pérez Bertólez, Juan Morcillo Azcárate, Diego Aspiazu Salinas y Javier Bueno Recio
Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS:

Resaltar la importancia del diagnóstico y tratamiento del hidrocele abdomino-escrotal (HAE), considerando las diferentes manifestaciones clínicas, ayudas diagnósticas y técnicas quirúrgicas disponibles.

MATERIALES Y MÉTODO:

Revisión de la literatura publicada hasta la fecha y descripción del caso de tres varones con edades entre 1 y 9 años, con diagnóstico de HAE tratados en nuestro centro durante los últimos 7 años.

RESULTADOS:

El primer caso fue diagnosticado de manera intraoperatoria durante la reparación de un supuesto hidrocele simple, tratándose mediante drenaje y escisión intraperitoneal, vía inguinal. Los otros dos casos se manifestaron como masas abdomino-inguinales, con diámetro máximo de 5 y 12 cm, esta última ocasionando hidronefrosis ipsilateral. Se empleó ecografía en ambos casos, complementándose con RNM y TC respectivamente. El HAE de menor tamaño fue tratado mediante drenaje y marsupialización vía inguinal y el de 12 cm con exéresis láparoasistida. El diagnóstico fue confirmado con anatomía patológica.

En seguimiento en consulta externa sin recidiva de la lesión en ninguno de los tres casos.

CONCLUSIONES:

El hidrocele abdomino-escrotal, pese a ser una patología infrecuente con menos de 120 casos reportados en la literatura mundial, debe ser una patología a tener en cuenta en el arsenal diagnóstico de todo cirujano pediátrico, ya que un diagnóstico tardío puede implicar complicaciones como edema de miembros inferiores, hidronefrosis o dismorfismo testicular. El diagnóstico oportuno de esta entidad conlleva a la elección de la técnica quirúrgica más adecuada, disminuyendo la morbilidad asociada a resecciones amplias cuando el diagnóstico es incierto.

Hidrocele como presentación de tumores abdomino-escrotales.

Siu Uribe A, Vázquez Rueda F, Murcia Pascual FJ, Betancourth Alvarenga JE, Cárdenas

Elías MA, Paredes Esteban RM.

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN.

Las causas más frecuentes de aumento de volumen escrotal son hidrocele y la hernia inguinal no complicada, seguidos por varicocele, espermatocelo, picadura de insecto, síndrome nefrótico y tumores.

Los tumores testiculares (TT) son raros en la infancia, con una incidencia de 0.5 a 2/100,000 niños menores de 18 años. La orquiectomía ha sido considerada el tratamiento estándar de TT, sin embargo, recientemente existe tendencia a realizar cirugía conservadora, especialmente en tumores considerados benignos. Describimos 3 casos de hidrocele como presentación inicial de tumores testiculares o abdominales.

PRESENTACIÓN DEL CASO.

Niño de 2 años, sano, remitido por pediatra por hidrocele izquierdo, en seguimiento desde los 4 meses. Se programa herniotomía, encontrando un testículo izquierdo aumentado de tamaño y endurecido, y ausencia de hidrocele. Ecografía: dos nódulos con centro ecogénico, halo hipoeoico, y flujo Doppler, de 4x4 mm y 14x7 mm, en testículo derecho e izquierdo, respectivamente. Analítica y estudio de extensión normales. Se trata con enucleación de ambos tumores por vía inguinal bajo guía ecográfica. AP compatible con teratomas monodérmicos maduros, bordes quirúrgicos libres.

Niño de 23 meses con programado para cirugía de hidrocele izquierdo, se encuentra una masa testicular izquierda, ausencia de hidrocele, ni hernia. Se realiza orquiectomía radical. AP: teratoma maduro.

Niño de 5 meses, en seguimiento por hidrocele derecho. Se palpa masa abdominal en consulta de urgencias por cuadro respiratorio. Estudios de imagen compatibles con teratoma gigante. Se realiza exéresis. AP: teratoma inmaduro Actualmente los 3 niños se encuentran sin enfermedad residual.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Los TT son raros en niños, y son generalmente benignos. El Teratoma representa el TT benigno más frecuente y el TT maligno más frecuente es el tumor de saco vitelino.

Se ha publicado en la literatura 12 casos de teratoma monodérmico testicular bilateral, de los cuales, 3 casos han sido en población pediátrica.

La cirugía conservadora está indicada en tumores considerados benignos, especialmente si es bilateral. Se ha demostrado su eficacia en estos casos, aunque aún no hay publicaciones sobre sus resultados a largo plazo.

Ante un aumento de volumen escrotal, siempre se debe descartar la presencia de un tumor testicular y tener siempre presente que un hidrocele puede ser la presentación inicial de un tumor.

Yeyunostomía como opción terapéutica en pacientes neurológicos con malnutrición y enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Murcia Pascual FJ; Garrido Pérez JI; Betancourth Alvarenga JE; Cárdenas Elías MÁ; Paredes Esteban RM.

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los niños con enfermedades neurológicas, a menudo sufren de incoordinación orofaríngea y reflujo gastroesofágico. Actualmente la gastrostomía con o sin técnica antirreflujo asociada, representa el método estándar para la alimentación enteral de estos pacientes. Sin embargo la eficacia a largo plazo de la misma continúa siendo controvertida. La incidencia de fallo de la técnica antirreflujo en estos pacientes con la consiguiente recurrencia de la sintomatología oscila entre el 10-30%. Proponemos la yeyunostomía como opción terapéutica en estos pacientes.

MÉTODOS

Llevamos a cabo un estudio retrospectivo de los últimos 2 años. Un total de cinco pacientes con enfermedad neurológica, que mostraron enfermedad por reflujo gastroesofágico, malnutrición e infecciones respiratorias de repetición fueron sometidos a una yeyunostomía. El reflujo gastroesofágico fue demostrado mediante pHmetría de 24 horas y endoscopia, y la incoordinación orofaríngea mediante tránsito baritado.

RESULTADOS

Edad media de 10 años (6-12 años). La totalidad de los pacientes presentaron incoordinación orofaríngea, 4 moderado y uno reflujo gastroesofágico grave. El tiempo operatorio medio fue de 45 minutos (40-70 minutos). El tiempo medio para iniciar la nutrición enteral fue de 6,8 días (3-13 días) y de 15,4 días (9-26 días) para completar dicha nutrición. El tiempo hospitalario medio fue de 20,8 días (10-40 días), sin complicaciones en el postoperatorio precoz. El tiempo medio de seguimiento fue de 12 meses (7-19 meses).

La totalidad de los pacientes presentaron una adecuada ganancia ponderal, experimentado una gran mejoría en su calidad de vida, sin posteriores ingresos como consecuencia de infecciones respiratorias. Sin embargo tres pacientes experimentaron eritema periostomal y uno desplazamiento del botón como principales complicaciones, ambas adecuadamente tratadas.

CONCLUSIONES

Actualmente el manejo de los pacientes con enfermedades neurológicas que presentan enfermedad por reflujo gastroesofágico y malnutrición continúa siendo un reto. Dada la alta tasa de complicaciones de la cirugía antirreflujo, una cirugía mínimamente invasiva sería recomendable. La yeyunostomía asistida por laparoscopia nos permite una adecuada nutrición en estos pacientes, además de reducir la incidencia de infecciones respiratorias.

Enterocolitis neutropénica: ¿cuándo operar?

De la Torre Díaz E, Aspiazu Salinas D, Matute de Cárdenas JA

Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La enterocolitis neutropénica (ENP) o tiflitis es una entidad que se presenta en pacientes inmunodeprimidos. Clínicamente se manifiesta por la presencia de fiebre y dolor abdominal en el contexto de una neutropenia. En los estudios de imágenes (TAC, ecografía) se observa un aumento en el grosor de las paredes del colon, pudiéndose observar incluso neumatosis. El tratamiento consiste en reposo intestinal y antibioterapia de amplio espectro, precisando cirugía en los casos que presenten perforación intestinal debido a la alta mortalidad. Presentamos un caso el cual precisó tratamiento quirúrgico urgente.

RESUMEN DEL CASO:

Paciente varón de 10 años con diagnóstico de leucemia aguda linfoblástica

T, estadio pre-T en tratamiento de rescate con FLAG-IDA que ingresa por cuadro de fiebre y dolor abdominal. Tras pruebas de imágenes se confirma el diagnóstico de ENP. Se inicia antibioterapia con teicoplanina y cefepime, así como dieta absoluta. Tras presentar episodio de sepsis es ingresado en UCI para estabilización hemodinámica.

Treinta días después del ingreso y tras retirada de antibioterapia de amplio espectro, presenta signos clínicos y radiológicos de perforación de víscera hueca, por lo que se decide laparotomía exploradora, encontrándose múltiples microperforaciones en ciego, recto y sigma; realizándose ileostomía desfuncionalizada. El paciente evoluciona favorablemente tras la cirugía, siendo alta al 20º día postoperatorio.

CONCLUSIONES:

El interés de este caso consiste en conocer la potencial complicación quirúrgica de esta entidad y la importancia del seguimiento clínico y radiológico para su diagnóstico y tratamiento precoz. Asimismo reafirmar que la elevada morbi-mortalidad limita el tratamiento quirúrgico en fases no complicadas de la ENP.

Una situación peliaguda: obstrucción por los pelos.

Martinez Villamandos, Alfonso; Tejerina López, Rodrigo; Palomares Garzón, Cristina; García Ceballos, Ana María; Parrado Villodres, Rafael.

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil, HUCH. Málaga

RESUMEN DEL CASO

Paciente derivada por cuadro de dolor y distensión abdominal recurrente para descartar enfermedad inflamatoria intestinal. Durante su ingreso presenta distensión abdominal progresiva, dolor abdominal y vómitos. Se realizan pruebas de imagen: radiografía y TC de abdomen, diagnosticándose obstrucción intestinal por cuerpo extraño no filiado con sospecha de perforación intestinal. Se decide laparotomía exploradora urgente demostrándose obstrucción en ileon terminal provocada por tricobezoar.

En este caso se decidió laparotomía infraumbilical y enterotomía para extracción del tricobezoar.

COMENTARIOS Y DISCUSION

El tricobezoar es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal, pero tienen una alta morbimortalidad debido a la dificultad para su diagnóstico. Normalmente permanecen en estómago, pero en algunos casos pasan al intestino delgado. El diagnóstico es difícil y en las radiografías iniciales no suele diagnosticarse con precisión. El diagnóstico temprano y la realización de TC son importantes en el pronóstico.

Los pacientes generalmente consultan por signos de obstrucción tales como dolor abdominal, vómitos y alteración del hábito intestinal, pueden asociar úlceras gastrointestinales, pérdida de peso y malnutrición. Pacientes con cuadros evolucionados pueden desarrollar pancreatitis, pérdida de peso y malnutrición. Suponen el 4'8% de la etiología de obstrucción intestinal siendo la TC es el método diagnóstico de elección.

El tratamiento de los bezoares depende de su tamaño, localización y la presencia o no de complicaciones: Degradación enzimática, fragmentación y extracción por endoscopia... En nuestro caso el desarrollo de obstrucción intestinal aguda y sospecha de perforación nos obligan a manejo quirúrgico urgente.

En el caso que nos ocupa, el desarrollo del tricobezoar se debe a un trastorno de tricotilomanía, presente en el 1% de la población, de estos el 30% presentan tricofagia. Sin embargo el desarrollo de tricobezoares está presente en el 1% de pacientes con tricotilomanía. Los pacientes suelen ser niñas con una mediana de edad de 12 años, lo cual se aleja de nuestro caso.

Reportamos esta situación para demostrar que debe ser tomada en cuenta en el diagnóstico diferencial de los cuadros de obstrucción intestinal en la edad pediátrica.

Hipertensión venosa mesentérica secundaria a vólvulo crónico de intestino medio.

López Candel , Eduardo; Espínola Cortés, Natalia; Licerías Licerías, Esther; Marañés Gálvez Carolina; Navarro Pardo, Juan Francisco; Fernández Dozagarat, Salvador

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Torrecárdenas. Almería

INTRODUCCIÓN:

La malrotación con vólvulo de intestino medio usualmente se presenta de forma aguda en periodo neonatal con vómitos biliosos y obstrucción intestinal y requiere intervención quirúrgica urgente. Alrededor de un 90% de los casos sintomáticos debutan durante el primer año de vida. Más allá del periodo neonatal su diagnóstico puede ser difícil debido a que los síntomas de un vólvulo crónico suelen ser intermitentes, sutiles e inespecíficos, habiéndose descrito, retraso ponderoestatural, vómitos repetitivos, intolerancia alimentaria, diarreas crónicas, síndromes de

malabsorción , dolor abdominal recidivante, crisis suboclusivas frecuentes, e incluso enteropatía pierdepoteínas. Aunque su etiopatogenia exacta dista mucho de estar esclarecida, aportamos un caso clínico en el que la hipertensión en el sistema venoso mesentérico superior podría servir de apoyo fisiopatológico de la clínica de estos pacientes.

CASO CLÍNICO:

Niño de 6 años con AP de retraso ponderoestatural (Peso 17 kilos en el percentil 10; Talla, Percentil 50). AP de cambios de fórmula en la lactancia, vómitos de repetición, dolor abdominal recidivante cólico de varios años de evolución que se alivia con cambios posturales. Diarrea crónica. En estudio en clínica privada por síndrome de malabsorción., con grasa en heces (+). Acude a urgencias por cuadro agudo de vómitos biliosos, con dolor cólico y diarrea. Presenta signos de desnutrición y deshidratación importantes. La ecografía y el tránsito EGD son compatibles con malrotación y vólvulo. La laparotomía urgente demuestra malrotación intestinal tipo I, con vólvulo de 180° en intestino medio, sin sufrimiento de asas, pero con una llamativa y anormal tortuosidad e ingurgitación del sistema venoso mesentérico superior. Se devolvula en sentido antihorario y se practica intervención de Ladd y apendicectomía profiláctica. Los controles al año, a los dos y a los cuatro años son normales. El niño no ha vuelto a tener sintomatología digestiva y ha alcanzado percentiles de peso y talla adecuados a su edad.

CONCLUSIÓN:

La malrotación crónica con vólvulo puede diagnosticarse tardíamente por la naturaleza intermitente de su clínica. Muchos casos son atribuidos a causas médicas como dolor abdominal recidivante, intolerancia a la lactosa, alergias alimentarias, diarreas crónicas, malabsorción o fallo de medro. Los pacientes con malrotación crónica y vólvulos intermitentes de intestino medio suelen desarrollar una circulación colateral efectiva para mantener la perfusión y el drenaje sanguíneo del segmento volvulado y evitar el infarto intestinal. Creemos que un aumento en la presión hidrostática del sistema venoso y linfático mesentéricos explicaría los síntomas de diarrea, malabsorción, y retraso ponderoestatural crónico de estos niños. Es preciso diagnosticar y tratar correctamente a estos pacientes tanto para tratar su clínica como para evitar que una progresión en la torsión del vólvulo pueda evolucionar hacia un cuadro catastrófico de isquemia y necrosis de intestino.

14.30-16h: Almuerzo de Trabajo.

Cafetería del Complejo Hospitalario de Torrecárdenas.

16-17.30h: 3ª SESIÓN COMUNICACIONES ORALES:

Urología

Moderadores:

Dr. Gerardo Zambudio Carmona (F.E.A. Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia)

Dra. Esther Licerias Licerias (F.E.A. Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Granada)

Desgarro pubopeneano y prepucial en el paciente pediátrico. Caso clínico, actitud y proceder en cirugía pediátrica.

Cadaval Gallardo Carlos, Marmolejo Franco Fernando, Vivas Colmenares GV, Cabello Laureano Rosa.

Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla-España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El traumatismo en la región pubiana puede acompañarse de desgarro o dislaceración de tejidos. Esta entidad no es infrecuente en urgencias.

Presentamos un caso y describimos pautas de actuación que sirvan como precedente para la consecución de una buena praxis.

RESUMEN DEL CASO:

Paciente de 7 años derivado por desgarro púbico y prepucial. El paciente se encuentra estable, con dolor y agitación. En la exploración encontramos un herida en región pubiana con avulsión peneana y desgarro prepucial.

Se decide exploración bajo anestesia general y se realiza sondaje vesical (SV). Se evidencia desgarro pubopeneano de 7 cm siguiendo la línea de inserción de la base del pene, con avulsión de piel prepucial, que permiten ver cuerpos cavernosos integros. Varias equimosis en región pubiana

y gran hematoma y desgarro en el prepucio. Se realiza una revisión de la vascularización e inervación del pene. Las arterias y venas dorsales están preservadas y el nervio dorsal aparentemente preservado.

Se realiza en primer lugar Rafia prepucial, con vicryl rapid del 5.0, y posteriormente Rafia pubopeneana de tejido celular subcutáneo en 2 planos con vicryl del 3.0 y piel del pubis con puntos simples de prolene del 3.0. Se deja drenaje de Penrose en lecho de herida pubiana.

Postoperatoriamente, las zonas de isquemia evolucionaron a mínimas escaras necróticas, y se reabsorbió el hematoma. Se mantuvo SV durante el ingreso, con control del dolor, afebril y diuresis mantenida con orina clara. Se refiere erección en la primera noche. A la exploración refiere sensibilidad en pene. Como incidencias, presentó un aumento del edema prepucial con obstrucción de la sonda y retención urinaria, que resolvió tras la pauta de corticoides orales. Tras el alta evoluciona favorablemente, siendo revisado en consultas para evaluar el posible anillo fimótico cicatricial.

CONCLUSIONES:

El interés del caso radica en la importancia de la exploración bajo anestesia general para valorar posibles compromisos vasculares o inervativos, la técnica cuidadosa para evitar dañar estas estructuras y finalmente en el correcto manejo postoperatorio con un adecuado sondaje vesical, curas locales y corticoides para la resolución del cuadro de edema agudo peneano. Asimismo es importante el seguimiento del paciente en consultas para valorar complicaciones tardías.

Isquemia post-circuncisional con una triple terapia eficaz.

Cárdenas Elias MA; Vazquez Rueda F; Jimenez Crespo V; Siu Uribe A; Murcia Pascual FJ; Betancourth-Alvarenga JE; Paredes Esteban RM.

Hospital Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN.

La circuncisión en el campo de la pediatría es una de las intervenciones más frecuentes que se realiza. Y las complicaciones de esta intervención suelen ser raras, no obstante pueden estar presentes, siendo la isquemia post-circuncisional una de las menos frecuentes. Se han descrito causas desde hematomas, exceso de uso de electrocauterización, suturas ajustadas, uso de anestésico con adrenalina bloqueo del nervio dorsal peneano. Presentamos una caso de isquemia peneana con antecedente de bloque de nervio peneano.

RESUMEN DEL CASO.

Presentamos un niño de 10 años de edad que ingresa para una circuncisión programa de manera ambulatoria, sin antecedentes patológicos. Se realiza un bloqueo anestésico del nervio dorsal peneano con Ropivacaina al 0,5% sin incidencias. Se realiza la circuncisión sin ningún tipo de complicaciones intraquirúrgicas, ni sangrado excesivo de la intervención, pasa a sala de Hospital de Día y a las dos horas de la intervención presenta una coloración negruzca de todo el glande con signos de isquemia. Realizándose inmediatamente retirada de puntos de la intervención sin presentar signos claros de compresión por parte de ellos; posteriormente una ecografía urgente donde se observa débil flujo de arteria peneana pero mantenida, se comienza un esquema de tratamiento con pentoxifilina (PTX), testosterona tópica y bloqueo caudal (simpático), observando cambios en la colocación a las 24 horas de comienzo del tratamiento. Permaneció con el bloqueo caudal 48 horas y con PTX 6 días hasta normalización de la coloración. Al alta el paciente se fue con el pene de coloración normal sin signos ni secuelas de la isquemia.

CONCLUSIONES.

La isquemia postcircuncisional es una complicación bastante infrecuente y parece ser que la causa más frecuente de isquemia inmediata postcircuncisional es causada por el bloqueo dorsal del nervio peneano. Las causas tardías parece ser que tanto causas quirúrgicas y anestésicas podrían estar implicadas.

Neonatos con ureterohidronefrosis prenatal y reflujo vesicoureteral bilateral grave; síndrome de válvulas-like.

Betancourth-Alvarenga JE, Vargas Cruz V, Escassi Gil A, Murcia Pascual FJ, Cárdenas Elías MA, Siu Uribe A, Paredes Esteban RM.

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN

El “síndrome de válvula like” (SVL) o síndrome de micción no coordinada en el feto varón, se caracteriza por un cuadro obstructivo del sistema urinario inferior asociado a un sistema de hiperpresión del tracto urinario con reflujo vésico-ureteral (RVU) bilateral masivo y afectación renal variable. Clínicamente se comporta similar a los neonatos con válvulas de uretra posterior (VUP). Sin embargo, la obstrucción uretral es de origen funcional sin una alteración anatómica evidente. Realizamos una revisión de los pacientes con SVL atendidos en nuestro centro hospitalario.

MÉTODOS

Revisión retrospectiva de las historias clínicas de dos pacientes con SVL.

RESULTADOS (RESUMEN DEL CASO)

Presentamos dos hermanos con diagnóstico de SVL. Ambos casos con embarazo controlado, sin alteración del líquido amniótico y con diagnóstico prenatal de ureterohidronefrosis (UHN) bilateral con sospecha de VUP. Al nacimiento se confirma ecográficamente la presencia de megavejiga de paredes tortuosas y engrosadas con UHN bilateral de alto grado. Se realiza cistouretrografía miccional seriada (CUMS) y cistoscopia descartando VUP, con una vejiga trabeculada, escasamente distensible, con RVU bilateral de alto grado, uréteres dilatados y tortuosos. El estudio gammagráfico (DMSA) no evidenció alteración del parénquima renal con función conservada. El tratamiento se inicia al nacimiento con sondaje vesical, profilaxis antibiótica y oxibutinina. Una vez confirmado el diagnóstico se procedió a sondaje limpio intermitente realizado por los familiares 48 horas previo al alta y de forma domiciliaria. Controles periódicos con ecografías observando corrección de la UHN. El estudio urodinámico reveló vejiga hiperactivas con disminución de la capacidad vesical funcional, baja acomodación y residuo postmiccional. La función renal durante el seguimiento fue normal.

CONCLUSIONES

El SVL del neonato varón, es una entidad clínica caracterizada por alteraciones en la coordinación miccional con hallazgos ecográficos compatibles con VUP, aunque sin obstrucción anatómica presente en la cistografía y en la cistoscopia. El esquema diagnóstico y terapéutico debe estar orientado a descartar causas obstructivas anatómicas y en ausencia de esta, corregir la alteración funcional haciendo énfasis en el manejo de la disfunción vesical.

Tratamiento de las estenosis pieloureterales mediante dilatación neumática con balón.

Betancourth-Alvarenga JE, Escassi Gil A, Vargas Cruz V, Murcia Pascual FJ, Cárdenas Elías MA, Siu Uribe A, Paredes Esteban RM.

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN.

El tratamiento de la estenosis pieloureteral (EPU) ha evolucionado en los últimos años con las nuevas técnicas mínimamente invasivas. Actualmente la pieloplastia desmembrada sigue siendo el tratamiento de elección. Sin embargo la morbilidad asociada a una lumbotomía, las dificultades técnicas de la laparoscopia o los costes de la cirugía robótica han incitado al desarrollo de procedimientos alternativos como el abordaje endourológico. El objetivo de este estudio es presentar nuestra experiencia en los últimos 5 años con la dilatación neumática de la EPU como primera medida terapéutica.

MATERIALES.

Estudio retrospectivo de 22 niños con EPU tratados mediante Dilatación Neumática retrógrada por cistoscopia con balón convencional de 3-7 mm bajo control fluoroscópico y colocación de catéter doble J. En los casos que no fue posible el abordaje retrógrado o en aquellos con una nefrostomía previa se realizó un abordaje anterógrado. El protocolo diagnóstico para la selección de los casos incluyó ecografía, cistouretrografía retrógrada seriada y renograma diurético (MAG-3). El seguimiento se realizó mediante ecografías seriadas y MAG-3. Se realizó análisis estadístico y se calculó la tasa de éxito.

RESULTADOS.

Un total de 22 niños, con distribución de 4:1 varón-mujer y edad media al tratamiento de 20 meses, variando de 1-145 meses. En 95% se realizó un diagnóstico prenatal de Hidronefrosis. La intervención duró 47 ± 35 minutos siendo el abordaje retrogrado efectivo en 75%, en 15% a través de una nefrostomía previa y en 15% al no poder realizarse de forma retrograda requirió de una nefrostomía para el abordaje. Se dilataron 22 EPU, 6 (27%) casos asociaban una estenosis vésico-ureteral. La estancia media fue de 1.5 días con retirada del catéter 2.39 ± 0.34 meses después de la intervención. El 22.7% presentó complicaciones, en general menores, incluyendo 2 casos con urinoma autolimitado, 2 infecciones por *K. pneumoniae* requiriendo antibioterapia y retirada precoz del catéter y un caso de migración del catéter doble J que se recolocó por cistoscopia. Durante el seguimiento 5 (22.7%) casos presentaron un empeoramiento de la HN, de las cuales 2 (9%) casos se resolvieron con una segunda dilatación. Los casos que no respondieron requirieron una pieloplastia. Con un seguimiento medio de 20 meses obtuvimos una tasa de éxito del 87%.

CONCLUSIONES.

La dilatación neumática con balón es un procedimiento seguro, mínimamente invasivo, que puede ser realizado de forma ambulatoria, con buenos resultados y escasa morbilidad. que puede considerarse como una alternativa para el tratamiento de las EPU.

Cistoplastias de aumento en urología pediátrica. Análisis descriptivo y retrospectivo de nuestra serie.

Alonso Arroyo, V; Cabarcas Maciá, L; Cienfuegos Belmonte, I; Barrero Candau, R; Pérez Bertólez, S; Tuduri, I; García Merino, F.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN

La cirugía reconstructiva del tracto urinario inferior en niños mediante cistoplastia de aumento es una opción ante la disfunción vesical severa (neurógena o no) tras el fracaso de medidas conservadoras. Su propósito es alcanzar una continencia urinaria aceptable y presiones vesicales de llenado bajas, evitando el daño del tracto urinario superior. El objetivo de nuestro trabajo es evaluar la experiencia de nuestro Equipo en esta cirugía, estudiando resultados urodinámicos y complicaciones a corto, medio y largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo de las cistoplastias de aumento realizadas en nuestra Unidad desde 1994 hasta 2014. Análisis de variables clínicas, quirúrgicas y urodinámicas, recogidas en el archivo general y el sistema de historias clínicas digitalizadas de nuestro centro.

RESULTADOS

Entre 1994 y 2014 se han realizado 31 cistoplastias de aumento en edad pediátrica, empleando sigma para la formación de la neovejiga en todos los casos. 54.8% de pacientes varones, con una mediana de edad en la cirugía de 11 años (9-13). La patología de base más frecuente fue vejiga neurógena (n=20), seguida de extrofia vesical (n=10) y un caso de valvas de uretra posterior. La indicación de la cirugía se realizó mayoritariamente por daño del tracto urinario superior (48.4%), seguido de incontinencia urinaria irresoluble o capacidad vesical ínfima (ambas con una proporción de 25.8%). Se realizó Mitrofanoff en 9 cirugías y se implantó esfínter urinario en otros 9 casos.

Se analizaron parámetros urodinámicos pre y postquirúrgicos en 16 pacientes, con una mediana de aumento de la capacidad vesical post-cirugía de 207 cc, y una mediana de reducción de presión vesical de escape de 7 cmH₂O.

Tras una mediana de seguimiento de 14 años (7-17) las complicaciones por orden de frecuencia fueron; ITUs recurrentes (n=8, 25.8%), litiasis vesicales (n=6, 19.3%), problemas de esfínter artificial (n=4, 12.9%), alteración de función renal (n=4, 12.9%) (precisando 2 pacientes trasplante renal), fístula (n=1) y estenosis del estoma (n=1). En ningún caso se diagnosticaron metabopatías, perforación ni otras complicaciones

intestinales. El 64.5% de los pacientes no requirió cirugía adicional en su seguimiento.

CONCLUSIONES

La cistoplastia de aumento con empleo de sigma es una técnica altamente recomendable para evitar el daño del tracto urinario superior, así como para mejorar parámetros urodinámicos y de continencia en casos de disfunción vesical severa. La tasa y el tipo de complicaciones de nuestra serie es equiparable o en algunos casos inferior al de otras publicaciones.

Disgenesia Gonadal. Diagnóstico y tratamiento en edad prepuberal.

Jurado Tabares M; Martínez Villamandos A; Primelles Díaz A; Sánchez Díaz F.

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil, HUCH. Málaga

INTRODUCCIÓN:

El término disgenesia gonadal se utiliza para designar el desarrollo anormal de la gónada fetal. La alteración gonadal puede asociar alteraciones en el desarrollo de los genitales internos y externos, lo que conduce en ocasiones a estados de ambigüedad sexual. Incluye diversas patologías que se clasifican atendiendo al sexo cromosómico y a la configuración de los genitales internos y externos.

RESUMEN DEL CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso clínico de paciente de 12 años con ambigüedad genital Estadío 3 de Prader (hipertrofia de clítoris, labios mayores escrotiformes y seno urogenital) sometida al nacimiento a clitoridectomía en su país. Presenta cariotipo 46XY y estudio hormonal con niveles de estradiol disminuidos, siendo el resto normal. En las pruebas de imagen se muestra gónada derecha y útero rudimentario sin conseguirse visualizar gónada izquierda. Se realiza laparoscopia exploradora evidenciándose gónada derecha y cintilla gonadal izquierda que se resecan. Se realiza también cistoscopia y genitoscopia observándose seno urogenital de aproximadamente 2 cm de longitud. El resultado de la anatomía patológica fue de testículo prepuberal, epidídimo y conducto deferente derechos y epidídimo y conducto deferente izquierdos. Con todos estos datos se diagnosticó a la paciente como Disgenesia gonadal parcial XY y se realizó descenso en bloque de seno urogenital y genitoplastia. La paciente comenzó con terapia estrogénica al alcanzar la edad ósea de 12 años.

CONCLUSIONES:

La Disgenesia gonadal parcial XY se caracteriza por formación testicular parcial, cariotipo 46XY y genitales externos ambiguos. Para un correcto manejo y diagnóstico de las disgenesias gonadales es preciso un estudio clínico, analítico, genético, radiológico, quirúrgico, anatomopatológico y psicológico que permita su clasificación exacta y el tratamiento más apropiado, teniendo siempre en cuenta la identidad sexual en niños mayores.

Corporoplastia con injerto de submucosa intestinal porcina en el tratamiento de la incurvación peneana severa: nuestra experiencia.

Palomares Garzón, Cristina¹; Díaz Diñeiro, María¹; Mielles Cerchar, Moises^{1 2} ; Miguélez Lago, Carlos²; Gosálbez, Rafael.³

1 Sección Urología Pediátrica, Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil, HUCH, Málaga. 2Clínica Santa Elena. 3 Miami Children's Hospital, Jackson M. Hospital.

INTRODUCCIÓN

La incurvación peneana debe ser evaluada y tratada correctamente para posibilitar las relaciones sexuales adecuadas del paciente en el futuro, y en los casos asociados a hipospadias, asegurar el éxito de la uretroplastia. Entre las técnicas quirúrgicas utilizadas se encuentra la corporoplastia, empleada en aquellos en los que persiste la curvatura mayor de 30º pese a la resección de la placa uretral, y en la que se usan injertos autólogos o material biopreparado, como la submucosa intestinal porcina.

MÉTODO

Exponemos nuestra experiencia en un total de 20 pacientes tratados con corporoplastia con injerto de dicho material, desde 2010 hasta mayo de 2015 (Hospital Materno Infantil y Clínica Sta. Elena). Los datos recogidos incluyen: la valoración pre e intraoperatoria, la edad, la intervención, y el seguimiento. Asimismo, describiremos la técnica empleada .

RESULTADOS

El 50% de los pacientes presentaban hipospadias severa según escala CUMS, con valores entre 9-11 sobre 12; el 40% entre 5-8, y el 10% entre 1-4. Del total, 8 pacientes presentaban incurvación > 60º en el preoperatorio. En cuanto a la intervención quirúrgica, en el 80% se realizó corporoplastia con SIS y escrotoplastia en un primer tiempo, completándose la uretroplastia (en 1 o 2T) posteriormente en 14 de los pacientes. El tiempo de seguimiento fue de 60 meses a 1 mes, durante el cual no se observó recidiva de la incurvación en ningún paciente.

CONCLUSIONES

La corporoplastia con injerto de este tipo de material es una opción válida a tener en cuenta, ya que, como principal ventaja, no compromete la longitud del pene. Pese a que en nuestra serie el seguimiento es a corto-medio plazo, la tasa de éxito en la corrección de la curvatura es muy elevada y no se han apreciado complicaciones relacionadas con el injerto. Es preciso, sin embargo, una valoración exhaustiva de estos pacientes durante el crecimiento y la edad adulta para detectar de forma temprana las posibles recurrencias o el desarrollo secundario de la incurvación.

Evolución a largo plazo en pacientes intervenidos por hipospadias en la infancia. Aspectos anatómicos, estéticos y sicosexuales en la edad adulta.

Rojas Tricono J, Zambudio G, Guirao MJ, Fernández Ibieta M^a.

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

INTRODUCCION:

Los resultados a corto plazo en la cirugía del hipospadias está ampliamente documentados en la literatura; sin embargo, estudios a largo plazo, que aporten información sobre aspectos anatómicos, estéticos y sicosexuales de los pacientes en la edad adulta, son mas escasos, debido a la dificultad para localizar a los pacientes y por el carácter íntimo de las respuestas que se les solicitan.

OBJETIVO:

Para conocer la evolución a largo plazo de los pacientes intervenidos por hipospadias en nuestra región, diseñamos este estudio.

MÉTODO:

Se recogen las fichas operatorias y los informes quirúrgicos de los pacientes intervenidos en nuestro hospital durante un periodo de 20 años, entre los años 1976 y 1996. Se intenta localizar estos pacientes en la actualidad y se realiza una encuesta telefónica formada por 25 ítems. Los resultados fueron estudiados estadísticamente.

RESULTADOS:

Se recogieron datos de 566 pacientes. De ellos, cien pacientes fueron localizados y respondieron la encuesta. Fueron 73% hipospadias distales, 27% proximales. El 30% no tienen el meato en el extremo del glande. El 10% presentan fistula. El 18% presenta algún grado de estenosis. El 52%

presenta algún grado de estenosis. El 13% siente haber tenido desventajas en su vida por la enfermedad. Consideran su pene diferente en tamaño (19%), forma glande (17%), curvatura (14%), cicatrices (10%), orificio más bajo (7%). El 29% evitó ser visto desnudo en duchas, aseos etc. El 8% ha recibido burlas pro alguna pareja. El 16% refiere problemas al eyacular. El 36% buscó información sobre la enfermedad y el 9% información para una reintervención. El 30% se operaría si fuera posible, los aspectos a mejorar son: apariencia (17%), el tamaño (11%) y la forma de orinar (11%).

CONCLUSIONES:

A pesar de que el 30% de los pacientes no tienen el meato en la punta, solo el 7% lo reconoce como defecto. A pesar de que la mitad de los pacientes refiere algún grado de curvatura y chorro dirigido hacia abajo, no se sienten diferentes en la forma de orinar sino en el tamaño y la forma del glande.

Nuestro esfuerzo por mejorar el manejo y confort postoperatorio de los niños operados por hipospadias.

Zambudio G, Guirao MJ, Rojas Ticona J, Fernández Ibieta M^a.

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

INTRODUCCION.

Los pacientes operados por hipospadias suelen ser escolares que permanecen tras la intervención una semana en cama llevando una sonda urinaria conectada a una sonda. A estas edades los cambios de vendaje y curas postoperatorias resultan maniobras penosas para el niño.

Con la idea de mejorar el manejo y confort postoperatorio de nuestros pacientes operados por hipospadias hemos introducido modificaciones en el tratamiento de estos pacientes.

La reducción de la edad operatoria a la época del pañal ha reducido el impacto psicológico de la intervención pero nos ha obligado a utilizar tratamiento hormonal para incrementar el tamaño glandular previo a la cirugía en los casos de glandes más pequeños. El abandono de la sonda vesical con globo conectado a bolsa y su sustitución por catéteres a doble pañal o tutores uretrales fijados al glande mediante un punto de sutura y que son eliminados espontáneamente durante la micción del niño en casa. El uso de apósitos plásticos transparentes adhesivos en lugar de vendaje con gasa y la realización de la intervención en régimen de CMA con alta precoz el mismo día de la intervención, son las principales

modificaciones adoptadas.

Para comprobar si la introducción de estas modificaciones ha tenido impacto en los resultados diseñamos este estudio.

MÉTODOS.

Desde enero de 2002 todos los pacientes intervenidos a intervención por hipospadias en la unidad de urología pediátrica son seguidos prospectivamente de forma protocolizada hasta el momento del alta.

RESULTADOS y CONCLUSIONES.

El adelanto de la indicación quirúrgica a la edad del pañal, el uso de catéteres vesicales sin globo drenados a doble pañal sin el uso de bolsa colectora o tubos uretrales que no llegan a vejiga, los apósitos plásticos transparentes y el alta precoz, parecen mejoran el confort del niño y los padres en el postoperatorio sin un impacto negativo en los resultados.

19.30-20h: Visita al Centro de Interpretación de la Ciudad.

Lugar: Plaza Vieja.

20-21h: Visita Guiada al Centro Histórico de la Ciudad.

21.30h: Cena.

Restaurante "La Lonja". Puerto pesquero de Almería.

14 de Noviembre

9.30-10.30h: 4ª SESIÓN COMUNICACIONES ORALES:

Neonatal

Moderadores:

Dr. Francisco Javier Bueno Recio

Jefe de Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Dra. Eloisa Díaz Moreno

F.E.A. Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Torrecárdenas. Almería

Aganglionismo colónico total con afectación ileal. Manejo y resultados.

Díaz Diñeiro, María; Sánchez Díaz; Félix ; Jurado Tabarés, María,, Pérez Rodríguez, Juan; Argos Rodríguez, Maria Dolores;
Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil, HUCH. Málaga

INTRODUCCIÓN:

El aganglionismo colónico total con o sin afectación ileal representa el 5-15% de todos los casos de Enfermedad de Hirschsprung (E.H.). La afectación ileal menor de 10 cm. seda en el 75% de los casos, solo el 25% se afecta el íleon más proximal.

Estos casos presentan una elevada dificultad para el diagnóstico, manejo y tratamiento quirúrgico. El inicio del cuadro clínico es de obstrucción intestinal neonatal. Además presentan una elevada morbimortalidad.

Existen múltiples técnicas quirúrgicas en el tratamiento actual de estos pacientes.

Presentamos nuestra experiencia en este caso.

RESUMEN DEL CASO:

Varón enviado a nuestro hospital con dos semanas de vida por cuadro obstructivo intestinal neonatal. Es diagnosticado de posible E.H. y tratado con nursing, de manera efectiva por lo que es dado de alta.

Reingresa a los dos meses de edad por cuadro oclusivo severo decidiéndose laparotomía exploradora. La causa, una brida congénita a nivel de íleon terminal. En el mismo acto se realiza mapeo biópsico con resultado de aganglionismo cólico total con afectación de hasta 30 cm. de íleon terminal. Se realiza una lleostomía terminal temporal.

A la edad de 5 meses realizamos mediante abordaje combinado abdomino – perineal una proctocolectomía total ampliada a los 30 cm. de íleon terminal. Plastia ileocólica de 10cm de colon derecho, tipo Kimura con sutura mecánica GIA, dejándose unos 5 cm de íleon distal para el descenso lleoanal.

Por vía perineal con técnica transanal endorectal de De la Torre , evitando el riesgo de denervación pelviana, realizamos anastomosis ileoanal con Stapler Circular 21.

CONCLUSIONES:

El aganglionismo colónico total es una entidad poco frecuente de difícil diagnóstico que habrá que sospechar en los casos de distensión abdominal no manejables con lavados colónicos. Ante las distintas opciones quirúrgicas (Kimura, Sauer, Boley, Martin-Duhamel...) elegimos el parche colónico de ascendente con anastomosis ileoanal sin reservorio lleoanal.

El paciente fue tratado con dilataciones anales, nursing descontaminación intestinal, loperamida y resincolesteramina, teniendo una aceptable evolución, con dos episodios de enterocolitis grado I, y una dermatitis perianal persistente que va mejorando en el tiempo. Las deposiciones son normales con una alimentación completa y un buen desarrollo ponderoestatural.

Perforación de la vía biliar principal en un lactante (caso clínico).

Marmolejo Franco FA, Morcillo Azcárate J, Matute de Cárdenas JA

Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

RESUMEN:

Varón de un mes, sin antecedentes personales de importancia. Se presentó inicialmente con vómitos esporádicos e ictericia. Las pruebas complementarias iniciales mostraron elevación de la bilirrubina directa y pruebas de función hepática sugestivas de obstrucción hepatobiliar. La ecografía y la tomografía mostraron una colección líquida en la bolsa omental, líquido libre intraperitoneal y colelitiasis. La gammagrafía hepatobiliar demostró fuga biliar. Ante la sospecha de perforación de la vía biliar se realizó laparotomía exploradora. Se drenó la colección biliar y se realizó colecistostomía y extracción de un cálculo en vesícula biliar. La colangiografía intraoperatoria a través de la colecistostomía confirmó la fuga biliar, sin paso del contraste al duodeno. Se colocó un drenaje de Penrose y una sonda de colecistostomía con globo. El manejo postoperatorio consistió en ayuno, nutrición parenteral y octreótida en perfusión continua. Se reinició la alimentación durante la tercera semana postoperatoria. Presentó sepsis asociada a catéter que se resolvió con antibioterapia específica. El drenaje y la sonda de colecistostomía se retiraron tras descartar fuga biliar en la colangiografía y colecciones líquidas en la ecografía, durante la quinta semana. Se normalizaron las pruebas de función hepática y permanece asintomático 5 meses después de la intervención. No se ha observado dilatación de la vía biliar ni colelitiasis en la ecografías subsecuentes.

CONCLUSIONES:

La perforación espontánea de la vía biliar principal en lactantes es una entidad rara de etiología incierta. Siempre requiere tratamiento quirúrgico. El drenaje simple es un tratamiento efectivo que evita reconstrucciones biliodigestivas complejas y sus complicaciones.

Tratamiento y complicaciones en un caso de onfalocele gigante.

González Pelegrina, María; Fernández Pelegrina, Silvia; Marañés Gálvez, Carolina; Licerías Licerías, Esther; Navarro Pardo, Juan Francisco; López Candel, Eduardo; Fernández Dozagarat, Salvador

Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Torrecárdenas. Almería

INTRODUCCIÓN:

El onfalocele es una herniación de las vísceras abdominales que están cubiertas por un saco formado por peritoneo, membrana amniótica y gelatina de Warthon, continuado con el cordón umbilical. Esta herniación es consecuencia de una alteración en la formación de la pared abdominal anterior del embrión. El defecto puede ser de tamaño variable. Se considera onfalocele gigante cuando supera los 10 cm. Es frecuente

que esta patología se acompañe de otras anomalías congénitas, las cuales determinan el pronóstico. La reintroducción de las vísceras abdominales en la cavidad, depende del tamaño del defecto, precisando, en los casos severos, la utilización de un silo para la reintroducción progresiva.

CASO CLÍNICO:

Recién nacida de 37 semanas de gestación, gemelar, diagnosticada en la semana 20 de onfalocele gigante con contenido intestinal y hepático. Cesárea urgente por bolsa rota. Despistaje de otras anomalías asociadas, presentando morfotipo normal y ausencia de alteraciones cardíacas ecocardiográficas.

Presenta onfalocele gigante con membranas íntegras. Se decide intervención quirúrgica urgente, realizándose disección de membrana amniótica. No se encuentran anomalías de vísceras abdominales asociadas. Defecto muscular importante por lo que el cierre directo resulta imposible. Se disecciona membrana peritoneal en toda su circunferencia y se realiza cobertura completa del contenido con su propio peritoneo, usando para el cierre del defecto una malla de reparación peritoneal anclada a zona costal, musculatura oblicua y piramidales en la zona caudal. Cobertura de piel sin tensión.

Buena evolución postquirúrgica, con inicio de alimentación enteral al 9º día. Como complicación hay dehiscencia de herida con exposición de la malla. Ante la mala evolución, es reintervenida con disección amplia de la piel y cierre con tensión de la misma. Mala evolución posterior volviendo a abrirse la sutura. Tras 3 semanas, se usa apósito de dermis artificial para cobertura epitelial posterior.

CONCLUSIÓN:

Los onfaloceles gigantes son patologías con mal pronóstico, sobre todo cuando se asocian a otras malformaciones. El manejo quirúrgico suele ser tortuoso. Nuestro caso presenta de inicio buen resultado funcional y cosmético, evitando la reintroducción progresiva de las vísceras abdominales con el "silo" de peritoneo, pero encontramos complicaciones surgidas del uso de la malla en un neonato sin tejido subcutáneo que aporte una buena vascularización a la piel, de difícil manejo y resolución.

Obstrucción intestinal neonatal: Diagnóstico y tratamiento etiológico precoces.

Jurado Tabares M; Díaz Diñeiro M; Sánchez Díaz F.

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil, HUCH. Málaga

INTRODUCCIÓN:

La obstrucción intestinal en el RN supone una Urgencia quirúrgica y un reto diagnóstico entre las diferentes patologías que la ocasionan. La precocidad en el diagnóstico y tratamiento definitivos supone una importante disminución de la morbimortalidad en estos pacientes.

CASO CLÍNICO:

Recién nacido de 48 horas de vida con distensión abdominal que no responde a tratamiento conservador con SNG y Nursing. Tras la realización de pruebas complementarias sugerentes de obstrucción intestinal distal y la no mejora del paciente se decide laparotomía exploradora. Durante la intervención se evidencia gran dilatación de íleon distal desde 20 cm de válvula ileocecal con contenido meconial espeso y colapso de íleon terminal y colon. Se procede a exploración intestinal sin encontrar atresias y posteriormente a la toma de biopsias intraoperatorias para descartar Enfermedad de Hirschsprung, diagnosticándose de íleo meconial y procediéndose a desimpactación y realización de ileostomía en Y de Roux. Durante las 2 primeras semanas postoperatorias se realiza despistaje de metabopatías, estudio genético y test del sudor diagnosticándose de Fibrosis Quística (FQ) e iniciándose manejo multidisciplinar Cirugía Pediátrica, Neonatología, Neumología y Gastroenterología, comenzándose aporte enzimático. Ante la buena evolución del paciente se realiza cierre de estoma al 29 día postoperatorio.

CONCLUSIONES:

El íleo meconial es la primera manifestación de FQ en un 10-20% de los recién nacidos afectados. Se puede manifestar de diferentes formas, siendo en un 40% de los casos complicado y precisando intervención quirúrgica. A pesar de que la neumopatía es la principal alteración patológica en los pacientes con FQ, las manifestaciones gastrointestinales de interés quirúrgico suponen un porcentaje no desdeñable, por lo que es importante su conocimiento y manejo para un diagnóstico precoz de la patología y un mejor tratamiento de estos pacientes crónicos.

Enfermedad de Hirschsprung. Presentación atípica en el período neonatal

García Gómez, M; Hernández Bermejo, J.P.; Vargas Uribe, M.C.; Rial Asorey, S.M.

Servicio de Cirugía Pediátrica Hospital Santa Lucía. Cartagena. Murcia

INTRODUCCIÓN

Cada vez es más frecuente el diagnóstico de megacolon congénito en el período neonatal; la distensión abdominal asociado a vómitos biliosos y específicamente el retraso en la expulsión de meconio, constituyen el cuadro típico.

El no sospecharlo puede conducir a complicaciones graves como la enterocolitis.

De nuestra serie de 7 casos de Enfermedad de Hirschsprung (EH) recogidos desde 2011 a 2013, tres de ellos debutaron con un cuadro atípico que provocó inicialmente un retraso en el diagnóstico.

CASOS CLÍNICOS

1: Recién nacido, varón, con un cuadro de enterocolitis a los 16 días de vida y shock séptico. No consta retraso en la expulsión del meconio, pero sí necesidad de estimulación para defecar. Presenta episodios de distensión abdominal que hace sospechar en megacolon tóxico. El enema opaco y la manometría anorrectal orientaron el diagnóstico, confirmándose con la biopsia rectal

2. RN, varón, ingresa a las 24 horas de vida por vómitos biliosos. Se diagnostica e interviene por malrotación intestinal. Posteriormente ingresado en dos ocasiones por distensión abdominal, vómitos y rechazo del alimento. Enema opaco normal. Manometría: ausencia de Reflejo Anal Inhibitorio (RAI), confirmándose el diagnóstico con la biopsia rectal

3. RN, varón, que ingresa con 24 horas de vida con cuadro de enterocolitis necrosante que precisa cirugía y enterostomía. Facies dismórfica, swing de la arteria pulmonar, con diagnóstico posterior de Síndrome Mowat Wilson. Dos intentos sucesivos de cierre del estoma se complicaron con dehiscencia de la anastomosis; la manometría informa de ausencia de RAI, confirmándose con la biopsia rectal la ausencia de neuronas

COMENTARIOS

En ningún caso consta retraso en la expulsión de meconio. Dos casos debutaron con episodios de enterocolitis. El enema opaco aporta pocos datos en el recién nacido. La manometría anorrectal es la exploración ideal para el diagnóstico. La clínica de la EH puede ser muy abigarrada en el período neonatal

Neumatosis gástrica. Una rara presentación de la Enterocolitis Necrosante.

Vivas-Colmenares GV, De la Torre Estrella, Aspiazú Salinas Diego

Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La enterocolitis necrosante puede presentar un amplio espectro de manifestaciones clínicas, caracterizándose principalmente por la tríada de distensión abdominal, sangrado gastrointestinal y neumatosis. Nuestro objetivo es presentar un caso clínico de enterocolitis gástrica de resolución espontánea.

RESUMEN DEL CASO:

RN varón de 35sem de gestación, con sospecha prenatal de atresia tricuspídea e hipoplasia de ventrículo derecho que se confirma tras el nacimiento, asociada a una atresia pulmonar con ductus permeable. Presenta deposiciones las primeras 24h y adecuada tolerancia enteral. Al 4to día de vida, abdomen blando y depresible con distensión a expensas de hemiabdomen superior, sin cambios de coloración y deposiciones con restos hemáticos. En la radiografía de abdomen se evidencia dilatación gástrica con evidente neumatosis gástrica.

Se instaure dieta absoluta y tratamiento con amikacina y vancomicina iv, sonda nasogástrica de 8 Fr. a bolsa con débito mucoso abundante que disminuye de forma progresiva. A las 48h las deposiciones eran de características normales y el abdomen permaneció blando no distendido, sin cambios de coloración. A los 6 días había desaparecido la neumatosis gástrica en el control radiológico. El paciente inició tolerancia siendo satisfactoria, presentando deposiciones normales. A los 14 días de vida se realiza corrección quirúrgica de cardiopatía en circulación extracorpórea con evolución tórpida que precisó reintervención al 4to día, creando una fístula sistémico-pulmonar, sin embargo el paciente falleció por shock cardiogénico a las 24h del postoperatorio.

CONCLUSIONES:

El interés de este caso radica en la rareza del cuadro clínico, en la importancia del diagnóstico diferencial de esta patología y del inicio del tratamiento médico precoz en pacientes con sospecha de esta patología.

10.30-12h: MESA REDONDA:

“ATRESIA DE ESÓFAGO LON-GAP: TIPOS, ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS Y RESULTADOS”

Dra. Carolina Marañés Gálvez

F.E.A Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario de Torrecárdenas. Almería

Dr. José Ignacio Garrido Pérez

F.E.A Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Reina Sofía.Córdoba

Dr. Francisco Javier Bueno Recio

Jefe de Servicio Cirugía Pediátrica, Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío.Sevilla

Dr. Indalecio Cano Novillo

F.E.A Servicio de Cirugía Pedíatrica, Hospital 12 de Octubre.Madrid

Dr. Juan Pedro Hernández Bermejo

Jefe de Servicio Cirugía Pediátrica, Hospital Santa Lucía.Cartagena

12-12.15h: Pausa/Café

12.15h: Asamblea de Miembros de la Asociación de Cirujanos Pediátricos de Andalucía.

13.30h: Clausura