



HOSPITAL

CRECIENDO CONTIGO
1971 - 2021



XVI reunión del ACPA 12 y 13 nov 2021



ACPA
ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS
PEDIÁTRICOS DE ANDALUCÍA

#somos
#HUV

Organiza el servicio de Cirugía Pediátrica
del Hospital Universitario Virgen del Rocío

Sede:

Salon de actos, Edificio de Gobierno,
Hospital Universitario Virgen del Rocío.
Av. Manuel Siurot S/N. Sevilla, Sevilla
41013 <https://www.acpa-andalucia.com/>

Comité de Honor

EXCMO. Sr. Jesús Aguirre Muñoz. Consejero de Salud y Familia de la Junta de Andalucía.

Sr. D. Manuel Molina Muñoz. Director Gerente Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Sr. D. Pedro Martín Muñoz. Subdirector Médico Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío.

Sr. D. Daniel Díaz Gómez. Coordinador Quirúrgico Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Comité Organizador

Dra. Rosa Cabello Laureano- HUVR, Sevilla

Dra. María Molina Mata- HUVR, Sevilla

Dra. María José Moya Jiménez - HUVR, Sevilla

Dra. Rocío Graneo Cendón - HUVR, Sevilla

Dr. Juan Morcillo Azcárate- HUVR, Sevilla

Dra. Laura Cabarcas Maciá - HUVR, Sevilla

Dr. José Antonio Matute de Cárdenas - HUVR, Sevilla

Dr. Miguel Fernández Hurtado - HUVR, Sevilla

Dra. Estrella de la Torre Díaz - HUVR, Sevilla

Dra. Rosa Romero Ruiz - HUVR, Sevilla

Dra. Ana Edith Hernández Calvarro - HUVR, Sevilla

Dr. Sebastián Roldán Pérez - HUVR, Sevilla

Comité Científico

Dra. Carolina Marañés Gálvez - HRUM, Málaga

Dra. Fátima Martín Cano - CHJ, Jaén

Dra. Raquel Rojo Díez- HUPM, Cádiz

12 DE NOVIEMBRE. VIERNES

8:30 Entrega de documentación

8:45 Bienvenida

9:00 Mesa redonda “Actualización en el manejo médico quirúrgico del fracaso de la cirugía antirreflujo”

10:45 Inauguración oficial

11:00 Pausa Café

11:30 Mesa de comunicaciones de Digestivo

12,30 Taller Pruebas Funcionales

14:00 Comida de trabajo

16:00 Mesa de Comunicaciones Miscelánea

17:00 Mesa Redonda “Enfoque Diagnóstico y Terapéutico de la Patología de la Vía Aérea”

18:45 Mesa de Comunicaciones Oncología/Tórax y Vía Aérea

21:00 Cena de clausura.

13 DE NOVIEMBRE. SÁBADO

10:00 Ponencia “ERAS: Implementación En Pediatría

11:30 Mesa de Comunicaciones. Urología

12:30 Premios y Asamblea Ordinaria ACPA

14:00 Clausura

12 DE NOVIEMBRE. VIERNES.

8:45 Bienvenida

9:00 Mesa redonda “Actualización en el manejo médico quirúrgico del fracaso de la cirugía antirreflujo”

Moderador:

Dr. Juan Morcillo Azcárate - Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Ponentes:

Dr. José Carlos Salazar Quero - Gastroenterólogo pediátrico, HUSA, Linares

Dra. Laura Cabarcas Maciá - Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Dr. Indalecio Cano-Hospital 12 de Octubre, Madrid

10:45 Inauguración Oficial

11:00 Pausa Café

11:30 Mesa de Comunicaciones de Digestivo

Moderadores:

Dra. Lourdes Delgado Cotán - Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Dra. Eloisa Díaz Moreno - Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Caso clínico: Estenosis de la válvula ileocecal en un recién nacido con síndrome de colon izquierdo hipoplásico (SCIH) y enterocolitis.

Siu Uribe A, Lizandro Ruiz S, Marmolejo Franco F, Rojo Díez R, Delgado Cotán, L. *Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.*

Introducción

El enema con gastrografín es diagnóstico y terapéutico en el SCIH. Presentamos un caso de enterocolitis en un paciente con SCIH y estenosis de la válvula ileocecal(VIC) como complicación rara.

Caso clínico

Prematuro de 34+1 semanas que inicia con vómitos, distensión abdominal y ausencia de meconiorrexis al 1º día de vida. Se realiza enema opaco que es compatible con SCIH por lo que se inicia nursing. Tras mejoría, al 7º día presenta deterioro clínico y hemodinámico con neumatosis intestinal en RX, se decide realizar laparotomía. Hallazgo de enterocolitis de intestino delgado, colon ascendente y transverso, colon descendente hipoplásico sin inflamación. Se realiza ileostomía. Se descarta enfermedad de Hirschsprung (EH) mediante histología. Reconstrucción del tránsito y resección segmento en colon estenótico a los 2 meses, previa realización de enema opaco. Postoperatorio tórpido por obstrucción intestinal. Se descarta nuevamente EH y se decide laparotomía. Hallazgo de obstrucción a nivel de la VIC, se realiza cecotomía, apreciando una membrana completa a nivel de la VIC, se realiza resección ileocecal y anastomosis terminoterminal. La histología informa estenosis de la VIC. Buena evolución tras 10 meses de seguimiento, ganancia ponderal y deposiciones normales.

Conclusión

La enterocolitis es una complicación rara en el SCIH. La estenosis de la VIC puede pasar desapercibida.

Síndrome de Zuelzer-Wilson con extensión ileal: A propósito de un caso

Palacios Prados A, Almendro García L, Martínez Villamandos A, García Dueñas C, Muguerza Vellibre R, García Soldevila N. *Hospital Materno-Infantil, Málaga.*

Introducción

El síndrome de Zuelzer-Wilson o aganglionismo colónico total ocurre en <10 % de los casos de EH. En ocasiones, la ausencia de células ganglionares puede comprometer a segmentos variables de intestino

delgado.

Caso clínico

Paciente mujer RN a término que, a las 24 horas de vida, inicia cuadro de distensión abdominal y vómitos biliosos de repetición. Como antecedente personal, destaca la presencia de poliosis. Se solicita ecografía abdominal, evidenciando signos de obstrucción intestinal alta, por lo que se realiza laparotomía exploradora. En la cirugía, se observan asas intestinales dilatadas y zona con cambio de calibre a nivel ileal secundarias a impactación meconial. Se lleva a cabo ileostomía disociada y resección de zona con cambio de calibre, la cual se envía a AP. La paciente presenta un postoperatorio tórpidos con ileostomía no funcionante, distensión abdominal y vómitos biliosos. El estudio anatomopatológico confirmó ausencia de neuronas, por lo que se decide reintervenir a la paciente a los 13 días de vida. Se llevan a cabo biopsias seriadas (evidenciando presencia de neuronas a 40 cm del ángulo de Treitz) y nueva ileostomía. La paciente evoluciona favorablemente con buena tolerancia oral e ileostomía funcionante.

Conclusiones

Ante casos de obstrucción intestinal neonatal, debemos descartar el Síndrome de Zuelzer-Wilson

Duplicación gástrica. Una causa poco frecuente de masa abdominal neonatal.

Ramírez Calazans A, González Cayón J, Wiesner Torres S R, Garrido Pérez J I, Vázquez Rueda F, Paredes Esteban R M. *Hospital Reina Sofía, Córdoba.*

Introducción

Las duplicaciones del tracto digestivo son malformaciones congénitas raras. Las duplicaciones gástricas representan entre el 2-10%. La mayoría son asintomáticas, se localizan en región antro-pilórica y son lesiones quísticas que no comunican con el estómago.

Caso clínico

Lactante de 1 mes con diagnóstico prenatal de quiste de colédoco a las 20 semanas. En ecografía postnatal tumoración quística de 40x38mm dependiente de la vía biliar. Seguimiento seriado con controles

analíticos y ecográficos, con crecimiento progresivo del quiste. Asintomático en todo momento, sin palpación de masa abdominal. Previo a la cirugía, colangio-RMN que describió quiste de colédoco extrahepático de 5,3 cm de diámetro. Durante la cirugía se evidenció quiste de localización antro-pilórica compatible con quiste de duplicación gástrica, sin observarse lesión quística ni dilatación en vía biliar extrahepática. Diagnóstico anatomopatológico de quiste de duplicación gástrica.

Conclusiones

La duplicación gástrica es una patología congénita muy rara, que plantea dificultades diagnósticas, confirmándose durante la cirugía y posterior estudio anatomopatológico. Debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masa quística abdominal neonatal, como los quistes de colédoco, mesentéricos, de ovario y otras duplicaciones digestivas. El diagnóstico prenatal es muy útil para prevenir retrasos diagnósticos y posibles complicaciones, indicándose la exéresis precoz.

Resultados preliminares del tratamiento endoscópico del sinus pilonidal.

Ibarra Rodríguez M R, Murcia Pascual F J, Wiesner Torres S R, Grijalva Estrada O, Ramírez Calazans A, Paredes Esteban R
M. Hospital Reina Sofía, Córdoba.

Objetivo

Mostramos nuestros resultados preliminares del tratamiento endoscópico (PEPSIT), del sinus pilonidal.

Material y métodos

Pacientes evaluados en consulta con sinus en forma aguda y crónica en un año. Evaluamos edad, sexo, antecedentes, terapia previa con láser, obesidad, hirsutismo y episodios de infección. En el postoperatorio recogemos: analgesia, tiempo quirúrgico, horas de hospitalización, tiempo hasta curación y complicaciones.

Resultados

Se intervinieron 9 pacientes (7 niñas y 2 niños), con una edad media de 10 años. Uno presentaba una recidiva tras cirugía convencional. 3 recibieron, al menos, una sesión de láser previa. Los pacientes se operaron con anestesia raquídea y en régimen de hospital de día (media

de hospitalización de 5 horas). Observamos una media de 12 horas de analgesia. Durante el seguimiento no se observaron complicaciones (media de seguimiento de 10 meses). Una de las pacientes sí presentó recidiva y va a ser intervenida de nuevo.

Conclusiones

El PEPSiT es una técnica prometedora para el tratamiento quirúrgico del sinus pilonidal en niños y adolescentes. Presenta ventajas claras con respecto a la técnica habitual como son una estancia hospitalaria corta e indolora y el regreso temprano a las actividades diarias sin restricciones.

Perforación duodenal espontánea en el paciente pediátrico reparada mediante cirugía mínimamente invasiva. A propósito de dos casos.

Vizcaíno Pérez R, Morcillo Azcárate J, Moya Jiménez M J Cabello Laureano R. *Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

Introducción

La perforación duodenal en la población pediátrica presenta muy baja incidencia. Es un evento grave, que habitualmente se debe a un traumatismo abdominal, úlcera duodenal o ingesta de ciertos medicamentos. Las perforaciones primarias o espontáneas son eventos excepcionales, por lo que su diagnóstico de sospecha es a menudo tardío.

Son conocidas las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, pero este abordaje no siempre es elegido en perforaciones intestinales pediátricas.

Describimos dos casos de perforación duodenal no traumática en el periodo de un mes en nuestro centro.

Caso clínico

Ambos pacientes de 13 años consultan por dolor abdominal de aparición brusca, síndrome emético y deterioro clínico significativo. Ante la sospecha de perforación intestinal con probable origen duodenal, solicitamos pruebas de imagen que muestran neumoperitoneo. Realizamos una laparoscopia exploradora que confirma el diagnóstico y lo reparamos mediante el mismo abordaje.

Ambos pacientes presentaron una evolución postoperatoria favorable, con dolor controlado con analgesia de primer escalón, tolerancia oral

completa al tercer y quinto día postoperatorio y tiempo de estancia en hospitalización quirúrgica de cuatro y cinco días, respectivamente. En la actualidad se encuentran asintomáticos, en seguimiento por Gastroenterología Pediátrica. No se ha identificado patología desencadenante en ninguno de los casos.

Conclusiones

Pese a que es una entidad muy rara en el paciente pediátrico, el diagnóstico se debe sospechar de forma precoz para evitar la gran morbimortalidad asociada.

Resaltamos la importancia del abordaje laparoscópico en pacientes pediátricos con abdomen agudo. Ambos casos presentan buenos resultados expresados en control de dolor, estancia hospitalaria y tolerancia enteral completa.

Tratamiento laparoscópico del quiste de colédoco

Mojica Salamanca, C, Morcillo Azcarate, J; Cabarcas Maciá, L; Planas Díaz, I, Cabello Laureano R. *Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

Introducción

Las malformaciones de colédoco son patologías congénitas complejas y poco frecuentes. El quiste de colédoco puede asociarse a diversas variantes anatómicas de la vía biliar. Según su clínica se diagnostica la patología con métodos radiológicos y pruebas hepáticas. Por tanto, cada caso es particular y presenta diferentes retos para su manejo quirúrgico y postoperatorio.

Objetivo

Presentar la serie de casos de quiste de colédoco intervenidos por vía laparoscópica.

Método

Estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital Infantil Virgen del Rocío desde enero de 2020 a septiembre de 2021

Resultados

Se intervinieron 4 pacientes, entre 8 meses y 4 años, diagnosticados radiológicamente (Colangiografía resonancia magnética). Todos intervenidos mediante exéresis de la malformación y hepaticoyeyunostomía en Y de

Roux por vía laparoscópica. Se reviso la evolución postoperatoria satisfactoria con respecto a inicio de tolerancia oral a corto plazo, mejor control del dolor, así como, incisiones de menor tamaño entre otras. De igual manera, dos pacientes presentaron complicaciones. Uno presento dehiscencia parcial de la anastomosis hepatoyeyunal, a la cual siguió un absceso abdominal tratado con manejo antibiótico y otro que presento una fuga pancreática con manejo conservador.

Conclusiones

El tratamiento laparoscópico del quiste de colédoco ofrece las ventajas ya conocidas de la cirugía mínimamente invasiva, siendo necesario un minucioso estudio pre quirúrgico. Se requiere una mayor experiencia en la intervención laparoscópica para determinar resultados concluyentes.

Perforación esofágica por ingestión de cuerpo extraño

Gallego Fernández A J, Hernández del Arco, S, Ibañez Cerrato, L F, García Soldevila, N. *Hospital Materno-Infantil, Málaga.*

Introducción

La perforación esofágica es una entidad infrecuente, generalmente iatrogénica, encontrándose la perforación por cuerpo extraño en tercer lugar. La endoscopia está contraindicada. El tratamiento precoz disminuye el riesgo de mediastinitis y fístulas. Varón de 18 meses que acudió a urgencias por hematemesis durante la comida, comprobándose posteriormente la rotura del bote de cristal que la contenía. Inicialmente se encontraba asintomático y la radiografía de tórax fue normal. Inició alimentación líquida, apareciendo posteriormente disfagia. El otorrinolaringólogo realizó nasofibroscopia sin hallazgos, tras la cual el paciente presentó decaimiento, sialorrea, fiebre y enfisema subcutáneo. Ante la sospecha de perforación esofágica se inició antibioterapia empírica y se realizó TAC urgente, apareciendo cuerpo extraño en tercio medio esofágico, solución de continuidad de la pared proximal y marcado neumomediastino.

Caso clínico

Se indicó exploración quirúrgica urgente mediante toracotomía derecha, extrayéndose el cristal a través de una incisión esofágica. No se logró pasar sonda nasogástrica debido a la existencia de perforaciones fuera del campo quirúrgico. Recibió nutrición parenteral exclusiva y antibioterapia durante 14 días. La evolución fue favorable,

no desarrolló mediastinitis y el tránsito esofágico al alta fue normal. *Conclusiones*

El diagnóstico de perforación esofágica requiere elevada sospecha clínica e instaurar tratamiento precoz y agresivo para evitar las complicaciones asociadas.

Uso combinado de laparoscopia por puerto único y enteroscopia en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con hemorragia intestinal en estudio. Descripción de dos casos. Vizcaíno Pérez R, Morcillo Azcárate J, Granero Cendón R, Cabello Laureano R. *Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

Introducción

Las malformaciones vasculares del tracto gastrointestinal en pacientes pediátricos a menudo conducen a hemorragia intestinal y anemia, siendo en ocasiones severas.

El diagnóstico y localización de estas lesiones suponen un reto, especialmente cuando se ubican en intestino delgado y el sangrado es intermitente. El abordaje mínimamente invasivo tiene un papel diagnóstico y terapéutico fundamental.

Presentamos dos pacientes con sangrado gastrointestinal severo en estudio. A propósito de estos casos, realizamos una búsqueda sistemática de la literatura reportada en los últimos 10 años en relación con pacientes pediátricos afectados de lesiones vasculares en intestino delgado que han precisado cirugía. Analizamos el abordaje quirúrgico utilizado en ellos.

Caso clínico

Describimos dos pacientes con sangrado digestivo significativo, en los que las técnicas radiológicas y endoscópicas habituales no determinaron el origen de las lesiones causantes. En ambos se realiza exploración laparoscópica a través de puerto único umbilical, enterotomía y enteroscopia diagnóstica. Realizamos la cirugía de resección y anastomosis en el mismo acto quirúrgico.

Con un seguimiento de 18 y 23 meses, los pacientes se encuentran asintomáticos sin nuevos sangrados.

Conclusiones

En nuestra experiencia, el abordaje laparoscópico de un puerto

combinado con enteroscopia fue útil como técnica diagnóstica y terapéutica de acto único, en casos en los que procedimientos menos invasivos son poco concluyentes y no es posible un manejo conservador.

Puesta en marcha de terapia de neuroestimulación de tibial posterior para manejo intestinal en nuestro centro.

Vizcaíno Pérez R, Moya Jiménez M J, Granero R, Pérez Fernández E, Blanco Rubio M R, Álvarez Velarde S, Cabello Laureano R. *Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

Introducción y objetivos

El manejo intestinal en el paciente pediátrico no sólo está supeditado a hábitos higiénico-dietéticos, tratamientos farmacológicos y quirúrgicos, sino también a multitud de terapias como sistemas de irrigación, rehabilitación, neuroestimulación, terapias conductuales y otras terapias alternativas.

Son muchos los estudios publicados acerca de la eficacia y beneficios de la neuroestimulación del nervio tibial posterior o sacro sobre la inercia colónica.

En aras de fomentar el uso de tratamientos efectivos poco invasivos, sin ingreso y con posibilidad de realización en domicilio para el paciente pediátrico, hemos iniciado un programa de neuroelectroestimulación del tibial posterior en nuestro centro.

Métodos

El proyecto es dirigido por un equipo multidisciplinar. Se lleva a cabo en la unidad de pruebas funcionales digestivas que cuenta con personal médico y de enfermería especializado. Se realiza con dos sistemas de neuroestimulación transcutánea, de uno y dos canales, adquiridos con una modesta inversión económica.

Iniciamos el programa en 2018 con un solo paciente, para posteriormente aplicar la terapia en otros siete pacientes en los últimos 20 meses. La patología de base es diversa, el rango de edad se encuentra entre 5 y 17 años y la distribución por sexos de 5 mujeres y 3 varones. En todos los casos, se realizan al menos 5 sesiones con neuroestimulación bilateral de forma ambulatoria. La frecuencia de aplicación fue de 1 aplicación quincenal, reduciendo el intervalo entre terapias más tarde gracias a un aumento de los recursos humanos y

materiales.

Resultados

Su aplicación fue bien aceptada y no se informaron eventos adversos en ninguno de los casos. Un paciente ha adquirido un sistema propio de electroterapia para uso domiciliario. Dada la reciente instauración de la terapia y los pocos pacientes reclutados por el momento, los resultados clínicos no son aún valorables.

Conclusiones

Es esencial el cuidado multidisciplinar de los pacientes en su manejo intestinal. La neuroestimulación transcutánea ha sido bien tolerada en todos los pacientes, sin notificación de efectos adversos. Se realiza de forma ambulatoria o domiciliaria y su adquisición y mantenimiento es de bajo coste económico.

Atresia yeyunal de diagnóstico tardío en paciente de 8 años.

Planas Díaz I, Mojica Salamanca M C, Morcillo Azcárate J, Cabarcas Maciá L, Cabello Laureano R. *Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

Introducción

Las atresias intestinales suelen diagnosticarse en periodo perinatal. Las de tipo 1 (membranosas) fenestradas pueden provocar sintomatología obstructiva subaguda y retraso ponderal que puede retrasar el diagnóstico hasta incluso los 4 años de edad, según lo publicado. Presentamos un caso excepcional de atresia yeyunal en un paciente de 8 años.

Caso clínico

Varón de 8 años que consulta por dolor abdominal cólico y distensión abdominal. Refiere cuadros similares recurrentes desde lactante y retraso estatura-ponderal. Se realiza radiografía abdominal que visualiza cuerpo extraño como único hallazgo. Ante la no progresión en controles ambulatorios y colonoscopia sin hallazgos, se decide laparoscopia exploradora programada por puerto único que evidencia una atresia yeyunal con dilatación sacular de la zona proximal. Se realiza resección y anastomosis término-terminal del segmento afecto e identificación del cuerpo extraño en duodeno, el cual no es posible

extraer endoscópicamente. Evolución postoperatoria tórpida con progresiva mejoría y expulsión espontánea de cuerpo extraño. Tras el alta, mejoría de los síntomas previos.

Conclusiones

Aunque las atresias intestinales suelen detectarse en neonatos, debemos considerar la atresia membranosa fenestrada como diagnóstico diferencial en pacientes con sintomatología obstructiva subaguda de larga evolución. Nuestro paciente es un caso excepcional de diagnóstico muy tardío.

12:30 Taller de pruebas funcionales

Introducción:

Dr. Manuel López Alonso - Profesor Emérito
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Instructores:

Dra. María José Moya
Dra. Rocío Granero
Enf. Rocío Blanco
Enf. Ernesto Pérez

Hospital Universitario Virgen del Rocío

14:00 Comida De Trabajo

16:00 Mesa Comunicaciones Miscelánea

Moderadores:

Dr. Alfonso Martínez Villamandos. Hospital
Materno-Infantil, Málaga

Dra. Ariadna Siu Uribe - Hospital Universitario Puerta del
Mar, Cádiz

Criopreservación del tejido testicular en la infancia.

Rojo Díez R¹ Marmolejo Franco F A¹, Domínguez Riscart, J²
Lizandro Ruiz, S¹ Siu Uribe, A¹ Martín Alelú R¹ Delgado Cotán L¹
*Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ¹Servicio de Cirugía
Pediátrica. ²Servicio de Pediatría.*

Introducción

Un daño de causa traumática, hormonal o genética puede llevar a la pérdida de la proliferación de las células madre de espermatogonias y, consecuentemente, a la infertilidad. En adultos es posible la

criopreservación de espermatozoides, pero en pacientes pediátricos se buscan otras opciones.

El objetivo es presentar una alternativa para la posible preservación de la fertilidad en pacientes pediátricos y la estrategia terapéutica llevada a cabo.

Caso clínico

El primer paciente, 11 años, presenta una insensibilidad parcial a los andrógenos. Dada la aparición de clínica y por razón oncológica, se plantea la exéresis bilateral de gónadas, enviando la muestra a Anatomía Patológica y al Centro de Transfusión y Tejidos Humanos.

El segundo paciente, 14 años, presenta un síndrome de los conductos de Müller persistentes con criptorquidia izquierda intervenida y orquiectomía derecha. El estudio hormonal refleja un fallo gonadal precoz y se propone con endocrinología, la opción de criopreservación. Se realiza biopsia de tejido testicular y se envía para estudio histológico y preservación.

Conclusiones

La criopreservación de tejido testicular podría ser una opción de preservación de la fertilidad en pacientes seleccionados. Actualmente es una estrategia experimental y en investigación, pero se debería ofrecer a aquellos cuyas opciones de fertilidad pudieran estar seriamente comprometidas.

Intervenciones quirúrgicas seguras en la UCI Neonatal.

Ibarra Rodríguez M R, Garrido Pérez J I, Wiesner Torres S R, Jaraba Caballero M P, Rodríguez de Tembleque L, Paredes Esteban R M. *Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.*

Objetivo

El traslado al quirófano conlleva una desestabilización hemodinámica, respiratoria y térmica del paciente. Nos planteamos la realización de intervenciones en la UCIN optimizando la seguridad del gran prematuro.

Material y metodo

Elaboramos una guía con un equipo multidisciplinar (anestésistas, neonatólogos y cirujanos infantiles), interviniendo a pacientes con peso menor de 1500gramos, menos de 32 semanas o alto riesgo de traslado.

Excluimos: drenajes torácicos, peritoneales y cierres de

DAV. Resultados

Se han realizado 8 intervenciones (6 laparotomias y 1 laparoscopia) en menores de 1000g (media 650 g) y menores de 32 semanas (media 25). 3 con perforaciones intestinales, 1 enterolitis complicada, 1 onfalocele gigante, 1 hernia inguinal incarcerada, 1 rotura gástrica por FTE (ligadura del cardias y gastrostomía), y 1 perforación esofagogástrica iatrógena.

Conclusiones

Las intervenciones en la UCIN mejoran la atención al gran prematuro cuyo riesgo vital o funcional es elevado. Suponen un desafío para el personal (salida del área de quirófano y limitaciones físicas) pero posibilitan el adecuado control térmico, evitan desconexión del respirador y subsanan el problema de la alta frecuencia (imposible de desplazar).

Su éxito radica en la participación de un equipo multidisciplinar adecuadamente preparado con recursos apropiados y procedimientos protocolizados.

Palabras clave: Neonato, UCI neonatal, Cirugía segura

Actualización del protocolo de actuación en la estenosis hipertrófica de píloro en nuestro centro.

Bayarri Moreno M, Molina Mata M, Cabello Laureano R. *Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla.*

Introducción y objetivos

El tratamiento de la estenosis hipertrófica de píloro (EHP) consiste en la corrección hidroelectrolítica, intervención quirúrgica y reintroducción de la tolerancia oral. El objetivo de nuestro trabajo es optimizar el manejo para mejorar la calidad de vida y disminuir la estancia hospitalaria.

Métodos

Se revisaron los pacientes intervenidos en nuestro centro entre enero 2020- agosto 2021, analizando datos demográficos, sintomatología y estancia hospitalaria. Se analizó la bibliografía sobre la corrección

hidroelectrolítica óptima en pacientes entre 2 -12 semanas de vida; los beneficios de la sonda nasogástrica (SNG); y el momento y forma de reintroducción de la tolerancia oral.

Resultados

Se intervinieron 25 pacientes con EHP, edad media de 35 días y una estancia hospitalaria media postoperatoria de 3,17 días. Según la literatura, una sueroterapia óptima y estandarizada agiliza la corrección hidroelectrolítica; la SNG preoperatoria no aporta beneficios, y una tolerancia precoz y a demanda disminuye la estancia hospitalaria.

Conclusiones

La estandarización del manejo del EHP mejora la calidad de vida del paciente y disminuye la estancia hospitalaria. Se propone una actualización del protocolo, basado en una sueroterapia ajustada por edad, evitando la SNG prequirúrgica y fomentando una tolerancia precoz a demanda.

El Síndrome de Rapunzel, rara entidad en paciente adolescente.

Planas Díaz I, Molina Mata M, Cabello Laureano R. *Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

Introducción

El síndrome de Rapunzel es una clase infrecuente de tricobezoar gástrico con extensión intestinal, con mayor prevalencia en mujeres adolescentes con patología psiquiátrica.

Presentamos el caso de una paciente que debutó con esta rara entidad. *Caso clínico*

Mujer de 13 años que consultó en urgencias por dolor abdominal epigástrico de corta evolución, sin fiebre, náuseas, vómitos ni alteraciones deposicionales. Presentaba pérdida de peso y anemia de varios meses de evolución. Exploración física sugestiva de masa epigástrica, dolorosa, sin peritonismo. Tras la realización de pruebas de imagen, se objetivó masa gástrica de 24x11x7cm con extensión hasta tercera porción duodenal compatible con bezoar gigante. Para su abordaje quirúrgico se optó por laparotomía media y gastrotomía para conseguir extracción completa de tricobezoar de forma íntegra.

Durante su ingreso, fue valorada por la Unidad de Salud Mental quienes identificaron síndrome depresivo por situación familiar y escolar complicada, causantes de la tricofagia de la paciente. Desde el punto de vista quirúrgico no presentó ninguna incidencia postoperatoria.

Conclusiones

El síndrome de Rapunzel, aunque raro, puede ser origen de dolor abdominal, en especial en pacientes adolescentes con sustrato psiquiátrico. El tratamiento es quirúrgico, no siendo posible el abordaje mínimamente invasivo, asociado a soporte psicológico.

Abdomen agudo de origen infrecuente: torsión tubárica. Pérez Bautista J, Palacios Prados A, Martínez Villamandos A, García Soldevila, N. *Hospital Materno-Infantil, Málaga.*

Introducción

El abordaje diagnóstico en una paciente postmenárquica con dolor agudo en fosa iliaca derecha asociado a fiebre, vómitos y/o cortejo vegetativo, suele sugerirnos como principal sospecha diagnóstica y etiológica una patología del apéndice cecal y en segundo lugar ovárica. De forma poco frecuente y extrema rareza, nos plantearíamos como causa de origen el compromiso de trompas uterinas.

Caso clínico

Presentamos el caso de una adolescente de 13 años que consulta por dolor en fosa iliaca derecha con signos de irritación peritoneal, analítica con leucocitosis, neutrofilia y aumento de proteína C reactiva. Pensando inicialmente en un cuadro de patología apendicular se realiza ecografía de abdomen, informada como posible torsión tubárica derecha, ovario derecho y apéndice normales. Dado lo anterior, se realiza laparoscopia exploradora constatándose torsión, infarto y necrosis de trompa uterina derecha con ovario y apéndice normales. (Fig1) Imagen laparoscopia.

(Fig2) Maniobra detorsión

Se descarta embarazo mediante test gestacional. Se procede a detorsión de la trompa y posterior extirpación con preservación de ovario derecho.

(Fig.3) Pieza de resección

Conclusiones

Por tanto, se puede concluir que es importante tener en cuenta las patologías ginecológicas en mujeres postpuberales como diagnósticos diferenciales en el contexto y estudio del Abdomen agudo.

Síndrome de Bardet Biedl en la infancia. ¿Cómo sospecharlo? ¿Cómo manejarlo?

Gallego Fernández AJ, Díaz DiñeiroM, García Sodevila. *Hospital Materno-Infantil, Málaga.*

Introducción

El síndrome de Bardet Biedl constituye una entidad multisistémica infrecuente de herencia autosómica recesiva, ocasionada por una dismotilidad ciliar.

Numerosas manifestaciones tales como la polidactilia, la poliquistosis renal, los genitales ambiguos, las malformaciones anorrectales o la enfermedad de Hirschsprung, son objeto de seguimiento y tratamiento por parte de nuestra especialidad.

Otras características fenotípicas pertenecen al ámbito de distintas especialidades y pueden manifestarse a lo largo de las dos primeras décadas de la vida, por lo que su conocimiento es necesario para un diagnóstico y seguimiento precoces.

Métodos

Presentamos una serie de 5 casos de pacientes tratados en nuestro centro que han sido objeto de diferentes intervenciones quirúrgicas en los ámbitos digestivo y genitourinario. (Ver tabla adjunta, anexo I)

Resultados

Tras identificar en todos ellos manifestaciones fenotípicas que forman parte de los criterios mayores y menores del espectro Bardet Biedl, se han realizado estudios genéticos que han confirmado el diagnóstico definitivo.

Conclusiones

La dificultad para el diagnóstico genético, así como el solapamiento parcial de la clínica con otras ciliopatías son los principales obstáculos para la identificación definitiva del síndrome de Bardet Biedl. El conocimiento de esta entidad y sus posibles manifestaciones son cruciales para la identificación y la sospecha de patologías asociadas al síndrome, así como su abordaje precoz.

Invaginación intestinal neonatal en gran prematuro.

Siu Ariadna, Palomares Cristina, Rojo Raquel, Marmolejo FA, Lizandro Sofía, Martín Rubén, Delgado, Lourdes. *Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.*

Introducción

La invaginación intestinal (II) es extremadamente rara en neonatos prematuros. Presentamos el caso de un paciente de 900g con II tratado inicialmente de forma conservadora.

Caso clínico

Recién nacido varón de 24+5 semanas y 700 gramos, parto eutócico, expulsión de meconio al 5º día de vida(DDV) tras inicio de nutrición enteral trófica con lactancia materna al 2º DDV y suspendida en varias ocasiones por complicaciones relacionadas con su prematuridad. Al 18º DDV presenta distensión abdominal progresiva, débito bilioso por sonda y ausencia de deposiciones, tratada de forma expectante. Al 30º DDV empeora la distensión e induración abdominal, aunque se mantiene hemodinámicamente estable y sin aspecto séptico. Analítica sin parámetros de enterocolitis necrotizante. En la radiografía de abdomen, dilatación generalizada de asas, una de ellas fija con neumatosis, ausencia de gas distal, sin neumoperitoneo. Se decide realizar laparotomía donde se descubre una invaginación ileoileal de 3 cm que condiciona una obstrucción intestinal, con pared intestinal isquémica y varias perforaciones puntiformes. No se observan signos de enterocolitis. Se confirma el diagnóstico en el estudio histológico. Se ha perdido el seguimiento por mudanza del paciente a su país de origen.

Conclusiones

Aunque infrecuente, el diagnóstico de invaginación intestinal debe de ser considerado en pacientes prematuros con sospecha de ECN.

17:00 Mesa redonda “Enfoque diagnóstico y terapéutico de la patología de la vía aérea”

Moderadora:

Dra. Marian García-Casillas
Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Ponentes:

Dr. Jose Antonio Matute Cárdenas.
Dr. Miguel Fernández Hurtado.
Dra. Estrella de la Torre Díaz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

18:45 Mesa de Comunicaciones Cirugía Oncológica y Torácica

Moderadores:

Dra. Cristina Palomares Garzón - Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada
Dra. María Molina Mata - Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Diagnóstico del neuroblastoma mediante biopsia ecoguiada con trucut: presentación de los resultados de nuestro centro.
Bayarri Moreno M, Molina Mata M, Cabello Laureano R. *Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

Introducción y objetivos

La biopsia es imprescindible para el diagnóstico y estratificación del paciente con neuroblastoma. Su obtención mediante abordaje mínimamente invasivo ha demostrado resultados similares a los procedimientos invasivos.

El objetivo es analizar la eficacia del abordaje percutáneo para el diagnóstico inicial del neuroblastoma en nuestro centro.

Métodos

Realizamos estudio retrospectivo descriptivo comparativo, analizando los pacientes diagnosticados de neuroblastoma en nuestro centro entre enero 2018 y septiembre 2021, haciendo un análisis estadístico entre los sometidos a abordaje quirúrgico (grupo 1) vs biopsia percutánea (grupo 2).

Resultados

De 32 pacientes analizados, 22 requirieron biopsia inicialmente (8 quirúrgica y 15 percutánea). Se hicieron abiertas por ausencia de ventana para la punción y/o presencia de lesión más accesible vía quirúrgica. La eficacia para el diagnóstico inicial fue del 100% y 86.6% ($p=0,45$) para el grupo 1 y 2, respectivamente. En relación a complicaciones, introducción de alimentación y seguimiento, fue superior el abordaje percutáneo (28.5% vs 13.3% ($p=0,38$); 5.28h vs 3.6h ($p=0,001$); 14% vs 6.6% ($p=0,5$), respectivamente).

Conclusiones

La biopsia ecoguiada es un procedimiento seguro y eficaz para el diagnóstico del neuroblastoma, permitiendo disminuir la morbilidad y estancia hospitalaria, con resultados diagnósticos similares al abordaje quirúrgico

Complicación de hemangioma infantil en labio superior.

Castilla Parrilla E M, Botía Martínez C, Díaz Moreno E, Fernández Valadés R. *Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.*

Introducción

Los hemangiomas infantiles son los tumores de partes blandas más frecuentes en la infancia. Estos tumores de estirpe vascular se caracterizan por presentar una primera fase de crecimiento de la lesión durante el primer año de vida, tras esta fase comienza un período de involución espontánea de duración muy variable, que puede durar hasta los 10 o 12 años.

La complicación más frecuente de los hemangiomas infantiles es la ulceración; aparece en un 5%-10% de los casos, se suele acompañar de dolor, en ocasiones muy intenso, y conlleva un riesgo secundario de

infección, hemorragia y cicatrices.

Caso clínico

Paciente con hemangioma infantil ulcerado en labio superior tras infección de este el mes de vida por acinetobacter baumannii, posteriormente es tratado con propanolol y laser quedando cicatriz residual en zona central del labio, arco de cupido y filtro que precisa intervención quirúrgica reconstructiva.

En la intervención realizamos exéresis de la cicatriz, reparación del defecto con colgajos laterales de labio blanco, y reconstrucción del arco de cupido con colgajos realizando z-plastias para adaptar el bermellón.

Conclusiones

Los resultados son satisfactorios, apreciándose a los meses tras la intervención lesión en surco subnasal de 2 cm correspondiente a hemangioma infantil con componente profundo.

Hemangioma intramuscular vs. sarcoma.

Ramírez Calazans A, Wiesner Torres S R, González Cayón J, Vázquez Rueda F, Castillo Fernández A L, Paredes Esteban R M. *Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.*

Introducción

Los hemangiomas intramusculares son lesiones raras, constituyendo el 0,8% de los tumores vasculares benignos. Sin embargo, existen tumores malignos de tejidos blandos que imitan clínica y radiológicamente a estos, siendo preciso realizar el diagnóstico diferencial con otros tumores de partes blandas, como el angiosarcoma o el rabdomiosarcoma.

Caso clínico

Caso 1. Lactante, 10 meses. Lesión en antebrazo izquierdo, 1 mes de evolución, 2 cm, adherida a planos profundos. En eco -doppler, lesión isoecoica, heterogénea y vascularizada. La RMN describe una tumoración en el músculo flexor cubital del carpo compatible con tumor de estirpe vascular, sin descartar otras posibilidades. Exéresis radical. Diagnóstico anatomopatológico de hemangioma intramuscular. Evolución favorable sin secuelas funcionales.

Caso 2. Varón, 9 años. Tumoración en dorso de antebrazo derecho, 2 años de evolución, 2 cm, doloroso, consistencia blanda, adherida a

planos profundos. En eco-doppler, lesión ovalada, hipoecoica y vascularizada a nivel del músculo extensor de los dedos. La RMN describe una lesión vascular compatible con hemangioma, sin descartar otras posibilidades. Diagnóstico anatomopatológico de sarcoma alveolar con márgenes libres. Buena evolución postquirúrgica.

Conclusiones

En tumoraciones de aspecto vascular similares en cuanto a localización, apariencia e imágenes diagnósticas es necesario realizar el diagnóstico diferencial con tumores de estirpe maligna.

Malformación linfática macroquística intratorácica: tratamiento combinado.

Moreno Delgado J A, Botía Martínez C, Palomares Garzón C, Castilla Parrilla E, Fernández Valadés, R. *Hospital Virgen de las Nieves, Granada.*

Introducción

Las malformaciones linfáticas constituyen una entidad en la que el tratamiento ha cambiado en los últimos tiempos. Las distintas terapias tanto farmacológicas, percutáneas, quirúrgicas o combinadas han permitido dar un nuevo enfoque.

Caso clínico

Niño con diagnóstico prenatal de formación quística en hemitórax derecho de 50x22 mm que desplaza pulmón ipsilateral. Nace por cesárea electiva a las 38 SG, con distrés respiratorio que requiere manejo por UCIN con adecuada evolución. En ecografía al nacimiento se confirma sospecha diagnóstica de malformación linfática mediastínica. Se completa estudio con TAC y RMN para definir lesión (60x70x60 mm) y su relación anatómica. Ante la estabilidad clínica se decide ver evolución.

Al mes de vida presenta distrés respiratorio agudo, se realiza esclerosis con Doxiciclina por 4 ocasiones y se inicia terapia con Sirolimus. A pesar del tratamiento, no se consigue controlar la malformación y tras presentar en comité multidisciplinar se decide nueva esclerosis con etoxiesclerol + alcohol. Se realizaron dos sesiones que fueron efectivas. Actualmente se encuentra en seguimiento con una lesión residual de 2 cm.

Conclusiones

El abordaje en casos como este es complejo, precisando valorar y combinar todas las opciones terapéuticas para obtener el control de la enfermedad.

Tumor miofibroblástico inflamatorio, un diagnóstico inesperado.

Padilla García M, Martín Cano F, Velasco Sanchez B, Rodriguez Vargas, J. *Complejo Hospitalario de Jaén.*

Introducción

El tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI), es un tumor benigno de comportamiento intermedio, por su potencial malignidad, caracterizado por invasión a estructuras vecinas, recurrencia y metástasis a distancia, siendo esta última excepcional.

Se presenta con mayor frecuencia en la infancia. Si bien su etiología aún es incierta, se asocia a factores como: traumatismos, infecciones, genética y patologías autoinmunes.

Su diagnóstico definitivo es inmunohistoquímico y el tratamiento de elección es la resección quirúrgica.

Caso clínico

Lactante de 7 meses, ingresada para estudio de masa abdominal.

En ecografía y RNM se visualizó una masa sólida redondeada de 8 cm, asociada a hidronefrosis derecha grado II por compresión de uréter. No se visualiza ovario derecho.

Como hallazgos intraoperatorios se apreció masa multilobulada en epiplón de colón transverso, con múltiples siembras tumorales en todo el epiplón. Gran masa abdominal sólida con origen en mesenterio del intestino delgado.

Se realizó extirpación de todas las lesiones, sin visualizarse lesiones macroscópicas residuales.

El informe histológico resultó compatible con TMI mesentérico. La inmunohistoquímica reveló expresión de ALK1, desmina y citoqueratina 8/18.

En RNM de control, no se aprecian restos tumorales, ni signos de recidiva.

Conclusiones

El manejo del TMI dependerá de su localización, expresión de ALK y la factibilidad de resección quirúrgica.

Tumor de colisión ovárico como hallazgo incidental tras apéndicectomía laparoscópica.

Quiñonez Silvero E, Siles Hinojosa A, Gallego Fernández A J, García Soldevila, N. *Hospital Manterno-Infantil, Málaga.*

Introducción

Los tumores ováricos representan entre el 1-5% de los tumores infantiles. Los tumores de colisión son neoplasias poco frecuentes y se definen como aquellas que albergan en una misma masa dos estirpes histológicas distintas.

Caso clínico

Mujer de 13 años con hallazgo ecográfico incidental de tumoración quística en ovario derecho en contexto de apendicitis aguda, que plantea como diagnóstico diferencial quiste paraovárico o hidrosalpinx.

Durante el curso de la apéndicectomía laparoscópica no se evidencian signos de torsión ovárica u otras complicaciones, por lo que se decide manejo con seguimiento ecográfico mensual.

En el quinceavo postoperatorio acude nuevamente por dolor en hipogastrio. Se realiza TAC evidenciándose quiste ovárico derecho con calcificaciones en su interior compatible con teratoma ovárico.

Se decide realizar ooforectomía parcial derecha (cirugía con preservación de ovario) confirmándose en la anatomía patológica la presencia de dos estirpes tumorales bien diferenciadas: teratoma ovárico maduro y cistoadenoma seroso. Constituyendo este hallazgo un tumor de colisión.

Conclusiones

Los tumores ováricos que albergan distintas estirpes pueden corresponder a tumores primarios múltiples, debiendo sospecharse un tumor de colisión cuando las pruebas de imagen no explican totalmente el diagnóstico inicial.

El análisis anatomopatológico de estos casos evidencia la ausencia de zonas de progresión histológica entre ambas estirpes tumorales.

Dehiscencia anastomótica tras reparación de atresia

esofágica.

Palacios Prados A, Díaz Diñeiro M, Martínez Villamandos A, García Soldevila N. *Hospital Materno-Infantil, Málaga.*

Introducción

La dehiscencia anastomótica, junto a la estenosis, es una de las complicaciones más frecuentes que ocurren durante el postoperatorio de la atresia esofágica (10-20% de los casos).

Caso clínico

Paciente varón RN con síndrome polimalformativo tipo VACTERL (atresia de esófago tipo 3, MAR sin fístula perineal, agenesia de pulgar derecho y anomalías vertebrales).

Se llevó a cabo la reparación de la atresia esofágica (ligadura de fístula T-E y anastomosis termino-terminal esofágica) y una colostomía disociada al tercer día de vida.

El paciente evolucionó favorablemente, pero durante el cuarto día postoperatorio presentó extubación accidental, precisando reanimación con ambu y terapia CPAP.

Al octavo día postoperatorio, se evidenció salida de débito salivar a través del tubo de tórax, confirmándose la presencia de dehiscencia parcial anastomótica tras la realización de tránsito esofágico.

Se decidió llevar a cabo un manejo conservador mediante intubación orotraqueal, tubo de tórax, SNG, NPT y antibioterapia de amplio espectro, evidenciando resolución de la dehiscencia en tránsito esofágico realizado a los 59 días tras la cirugía.

Conclusiones

El manejo conservador de las fugas anastomóticas tras la cirugía de atresia de esófago es una buena alternativa a la reintervención quirúrgica, siendo efectivo hasta en el 90% de los casos.

Un caso de neumotórax traumático en la edad escolar

González Cayón J, Murcia Pascual J, Wiesner Torres S R, Ramírez Calazans A, Paredes Estaban R M. *Hospital Reina Sofía, Córdoba.*

Introducción

La etiología del neumotórax depende del entorno. En hospitales con cirugía torácica y cardíaca el más frecuente es el iatrogénico. En el resto es el secundario a malformaciones pulmonares o traumatismos

torácicos.

Caso clínico

Varón 8 años. Dolor costal izquierdo y disnea de 5 días de evolución. Caída el día del inicio de los síntomas. Buen estado general, eupneico, afebril, Sat O₂ 94%, FC 121, TAS 101. Hipoventilación pulmonar izquierda. Neumotórax masivo con desplazamiento mediastínico en Rx. Drenaje pleural en UCIP. TAC Torácico: Varias cavidades quísticas de contenido aéreo en LII, una dominante de 37 x 37 x 54 mm, sin comunicación con vía aérea. Resección atípica de los segmentos 9 y 10 del lóbulo inferior izquierdo mediante toracotomía. Diagnóstico anatomopatológico: Parénquima pulmonar con malformación pulmonar quística (MPQ-CPAM) de tipo 1 con signos de hemorragia evolucionada. No signos de malignidad.

Discusión

La MAQ es una proliferación anormal de elementos mesenquimales pulmonares. Se presenta al nacimiento con distrés respiratorio y en niños mayores como infecciones respiratorias o neumotórax traumáticos. El tratamiento siempre es quirúrgico. Aunque el neumotórax es una entidad poco frecuente en urgencias pediátricas, ante un niño pre o escolar, se debe descartar la subsistencia de una malformación pulmonar mediante TAC.

Un caso de agenesia pulmonar en síndrome VACTERL

González Cayón J, Murcia Pascual F J, Ramírez Calazans A, Wiesner Torres S R, Vargas Cruz V, Paredes Estaban R M. *Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.*

Introducción

La agenesia pulmonar es una malformación poco frecuente (aproximadamente 150 casos descritos). Su etiología es desconocida, resulta de un desarrollo anormal del primer y segundo arco aórticos. La asociación de agenesia pulmonar y VACTERL es aún más infrecuente, encontrando solo un caso en la literatura

Caso clínico

Recién nacida VACTERL con agenesia pulmonar y cerebelosa derechas. A las 24 horas de vida se realiza colostomía y a los 6 meses anorrectoplastia sagital posterior. Ingreso posterior por obstrucción intestinal que precisa adherenciólisis. Reconstrucción posterior del

tránsito intestinal. En relación a la agenesia pulmonar, no ha presentado complicaciones agravadas por la cirugía. Ha precisado un ingreso hospitalario y 6 domiciliarios. Disnea de mínimos esfuerzos y cuenta con soporte de oxigenoterapia en domicilio recibiendo tratamiento broncodilatador.

Discusión

Los pacientes con agenesia pulmonar asintomáticos no requieren tratamiento, especialmente en ausencia de anomalías asociadas. La infección u otras enfermedades pulmonares deben tratarse de forma precoz, siendo la hipertensión pulmonar (HTP) la complicación que requiere mayor atención. En estos casos se ha descrito la inserción toracoscópica de un expansor tisular para la medialización mediastínica.

21:00 Cena de Clausura.

13 DE NOVIEMBRE. SÁBADO

10:00 Ponencia “ERAS: Implementación En Pediatría”

Dra. Abigail Villena Rodríguez - Anestesista Infantil,
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

11:30 Mesa de Comunicaciones Urología

Moderadores:

Dr. Sebastián Roldán Pérez - Hospital
Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Dra. Mauro García Padilla - Complejo Hospitalario de Jaén,
Jaén

Clipaje ureteral laparoscópico en sistemas duplicado como alternativa a la heminefroureterectomía.

Jesús González Cayón J, Parente Hernández A, Sandra Rocío Wiesner Torres S R, Ramírez Calazans A, Escassi Gil A, Paredes Esteban R M. *Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.*

Introducción

El tratamiento quirúrgico del uréter ectópico o ureteroceles asociados a hemirriñones superiores no funcionantes es controvertido. Han sido publicadas diferentes alternativas de abordaje quirúrgico, bien por abordaje del tracto urinario superior (heminefrectomía), o abordaje urinario inferior (uretero-ureterostomía). A pesar de que ambas técnicas se consideran efectivas y seguras, no están exentas de morbilidad, especialmente del daño del hemirriñón inferior funcionante.

Caso clínico

Niña de 5 años, doble sistema excretor bilateral con ureteroceles izquierdo tratado mediante punción endoscópica a los 2 meses de vida. En la evolución presentó ITUs de repetición. El DMSA mostraba

anulación funcional del pielon superior. Se realiza clipaje laparoscópico de uréter izquierdo de hemirriñón superior atrófico sin heminefrectomía. En el postoperatorio no presentódolor y la ecografía muestra una mínima dilatación residual de 5 mm en pielon superior. Tras 17 meses de seguimiento la paciente permanece asintomática, sin infecciones urinarias.

Conclusión

Como intento de disminuir la morbilidad asociada al tradicional tratamiento ablativo (heminefrectomía) o reconstructivo (uretero-ureterostomía) de las duplicaciones ureterales asociada a hemirriñones no funcionantes, el clipaje ureteral puede ser una alternativa segura con una tasa baja de complicaciones. En nuestro caso la paciente no presentódolor ni dilatación residual significativa.

A propósito de un caso: neoplasia urotelial papilar de bajo grado

Botía Martínez C, Moreno Delgado J A, Castilla Parrilla E, Valladares Mendías J C. *Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.*

Introducción

El carcinoma urotelial de vejiga es una patología infrecuente en la población pediátrica. La hematuria macroscópica aislada es la presentación clínica más frecuente.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 12 años con historia de hematuria macroscópica de 2 años de evolución. Sin otra sintomatología asociada y con exploración física anodina.

Se realiza ecografía abdomino-pélvica donde se evidencia lesión polipoidea de 2.4 cm dependiente de pared vesical. Las características de la lesión son inespecíficas, por lo que se decide realizar cistoscopia diagnóstico-terapéutica. Ante la sospecha de carcinoma uroepitelial de bajo grado se procede a resección de la lesión con asa de diatermia.

El informe de anatomía patológica emite como resultado: neoplasia urotelial papilar de bajo potencial maligno.

Nuestra paciente estárealizando seguimiento periódico en consulta con ecografía + citología urinaria de control, actualmente de manera trimestral. Hasta el momento la paciente continúa asintomática y sin

evidencia de recidiva en los controles realizados.

Conclusiones

El carcinoma urotelial de vejiga es una patología infrecuente en la población pediátrica que debe sospecharse ante un caso de hematuria macroscópica. La ecografía es la prueba de imagen de elección, y la cistoscopia la técnica que nos permite el diagnóstico definitivo.

Válvulas de uretra posterior de diagnóstico tardío. ¿Son realmente un buen pronóstico?

Díaz Menéndez L, Begines Tirad M, Sebastian Roldán Pérez S, Romero Ruiz R M, Hernández Calvarro A E. *Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla.*

Introducción y objetivos

Las válvulas de uretra posterior (VUP) suelen reconocerse durante el período perinatal, siendo la presentación tardía una afección poco común. Nuestro objetivo es caracterizar a los pacientes con VUP de diagnóstico tardío y comparar su evolución clínica respecto a los diagnosticados de forma temprana.

Métodos

Estudio retrospectivo analítico y comparativo año de pacientes intervenidos por VUP posterior al año de vida en nuestro centro entre los años 1995-2019.

Resultados

De los 66 pacientes intervenidos por VUP en este período, 25 fueron diagnosticados de forma tardía. La mediana de edad al momento de la intervención fue de 4,5 años (1 - 12). Las formas de presentación más frecuentes fueron ITUs de repetición (32%), incontinencia urinaria (16%) y retención urinaria (16%). La cirugía inicial preferida fue la resección endoscópica. Durante su seguimiento, 12% requirieron diálisis y 12% fueron trasplantados; mientras que sólo un 9,7% de los diagnosticados de forma temprana requirieron diálisis y 9,7% fueron trasplantados.

Conclusiones

Las VUP de presentación tardía pueden tener diversas formas de presentación y su diagnóstico puede representar un desafío. En nuestra población, el porcentaje de tratamiento renal sustitutivo es mayor.

Desarrollo sexual diferente: disgenesia gonadal mixta por mosaicismo 45X/46XY, abordaje multidisciplinar.

Valenzuela López C C, Hernández Calvarro A E, Romero Ruiz R M, Roldán Pérez S, Gómez-Gila A L. *Sección Urología Pediátrica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

Introducción

Se considera «desarrollo sexual diferente» (DSD) cuando existe discordancia entre sexo cromosómico, gonadal y fenotípico. El objetivo de nuestro trabajo es mostrar el resultado de este abordaje en un paciente con DSD cromosómico.

Caso clínico

Recién nacido que al ingreso presenta tubérculo genital hipoplásico, meato e introito rudimentario y asimetría labio-escrotal con gónada derecha palpable. En la ecografía no se visualizó gónada izquierda. El FISH mostró mosaicismo 45X/46XY y se produjo elevación de la testosterona esperable para un varón. La laparoscopia exploradora evidenció útero pequeño y cintilla gonadal izquierda. Ambas gónadas fueron biopsiadas y la histología fue concluyente para cintilla gonadal izquierda y tejido testicular derecho con disgenesia moderada. Se realizaron sesiones del comité de consejo familiar durante todo el proceso. Con el cariotipo definitivo, el resultado del perfil gonadal e histología y cromosomas en gónadas, se asignó sexo masculino. Gracias a este proceso, se estableció el pronóstico gonadal y el riesgo de malignidad.

Conclusiones

El manejo histórico de pacientes con DSD, frecuentemente incluía procedimientos que se han asociado a morbilidad y/o complicaciones posteriores. El abordaje diagnóstico estructurado, con el apoyo de un comité DSD, permite acompañar a la familia durante el proceso y llegar a un diagnóstico y pronóstico gonadal individualizando.

Intersexualidad gonadal verdadera o síndrome del varón XX

con SRY +. A propósito de un caso

Gallego Fernández A J, Palacios Pradoa A, Tirado Pascual M, Marijuan Sahuquillo V, García Ceballos A, García Soldevila N. *Hospital Materno-Infantil, Málaga.*

Introducción

El síndrome del varón XX es un trastorno infrecuente del desarrollo sexual (DSD) que asocia cariotipo 46XX, genitales externos masculinos variando desde normales hasta atípicos y déficit de testosterona.

Caso clínico

Paciente que durante la etapa fetal se realiza estudio por embarazo de alto riesgo, con resultado de Cariotipo 46XX e hipertrofia de clítoris. Al nacimiento presenta genitales ambiguos, confirmándose Cariotipo 46XX con traslocación SRY. Ante los resultados del estudio hormonal y cromosómico, se diagnostica de varón XX.

A los 2 años se programó para orquidopexia y ortoplastia. El aspecto macroscópico gonadal era de ovotestes, decidiéndose realizar exéresis para estudio anatomopatológico.

El meato urinario se asemejaba al de un seno urogenital más que al de un hipospadias proximal. Presentaba además una estructura compatible con utrículo prostático hipertrófico o vagina hipoplásica. El tejido gonadal fue informado como ovotestes.

Conclusiones

Se plantea el caso clínico por su complejidad, dado que los pacientes afectos por este síndrome suelen presentar fenotipo masculino y diagnosticarse en la edad adulta por infertilidad, siendo considerados varones.

La determinación del género del individuo en estos casos es un tema controvertido. ¿Es una decisión de los padres y el equipo médico en la edad temprana o corresponde al paciente en un futuro?

Ascitis urinaria neonatal en paciente con valvas de uretra posterior. A propósito de un caso.

Gallego Fernández A J, Marañés Galvez C, Marijuan Sahuquillo V, García Ceballos A, García Soldevila N. *Hospital Materno-Infantil, Málaga.*

Introducción

La ascitis neonatal puede tener diversas etiologías. En la urinaria, el 70% cursa con valvas de uretra posterior, fugando normalmente a nivel de los fórnicos renales.

Caso clínico

Varón en seguimiento prenatal por ureterohidronefrosis bilateral. En semana 35 se identifica ecográficamente ascitis a tensión, realizándose cesárea urgente por alto riesgo.

Al nacimiento se colocó drenaje percutáneo y sondaje vesical.

Ecográficamente se visualizó hidronefrosis bilateral, urinoma izquierdo extendiéndose hasta pelvis y engrosamiento vesical, sospechándose VUP y rotura en fórnix renal, consensuándose realizar ecocistografía tras la extubación y estabilización clínica.

En urotac realizado al 5o día de vida se descartó fuga activa a nivel de la vía urinaria. Sin embargo, en la ecocistografía se informaba aumento de tamaño del urinoma junto con extravasación del contraste a nivel de uréter medio-proximal.

Se realizó exploración quirúrgica mediante lumbotomía sin identificarse fuga a nivel ureteral, abordándose posteriormente mediante Pfannestiel e identificando perforación cubierta por magma inflamatorio a nivel de pared vesical.

Conclusiones

La perforación vesical es la segunda causa más frecuente de ascitis urinaria en pacientes con VUP, por tanto, las pruebas diagnósticas deben evaluar toda la vía urinaria.

El objetivo de esta comunicación es la presentación de un caso de evolución tórpida no resuelto de forma espontánea.

Importancia de realizar un estudio diagnóstico exhaustivo en pacientes monorrenos. A propósito de un caso.

Cárdenas Cárdenas K S, Castilla Parrilla E M; Vallejo Díaz D, Fernández Valadés R. *Unidad Urología Pediátrica. Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.*

Caso clínico

Paciente de 13 años diagnosticada como monorrena con enuresis y escapes diurnos ocasionales sin urgencia miccional, con estudio urodinámico normal.

Como pruebas de imagen se realiza ecografía donde se aprecia riñón derecho compensador de aproximadamente 11x 6 cm con buena diferenciación cortico medular. Se completa estudio con CUMS sin observarse imágenes de reflujo vesico-ureteral, fistulas vaginales ni otras alteraciones. En el DMSA se halla foco de captación que parece corresponder a pequeño riñón izquierdo, Dado este hallazgo se decide solicitar una Uro- RMN que confirma la presencia de un riñón izquierdo rudimentario de aproximadamente 2 cm de eje longitudinal con buena diferenciación cortico medular. El uréter izquierdo es filiforme en todo su recorrido y de morfología elongada, rodea el margen izquierdo de la vejiga, con aparente desembocadura heterotópica baja.

Antes estos hallazgos se decide realizar cistoscopia y nefrectomía. Tras la intervención quirúrgica la paciente ha presentado resolución de su clínica.

Conclusiones

Es importante en algunos casos hacer uso de pruebas de imagen más específicas que proporcionan información anatómica y funcional muy precisa en el estudio de la patología nefrourológica.

Neoplasia papilar urotelial de bajo potencial maligno (NPUBPM) en pediatría

Marmolejo Franco F A, Rojo Díez R, Lizandro Sofía, Martín Rubén, Delgado Cotán L. *Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.*

Introducción

Los tumores papilares de vejiga en niños son poco frecuentes en edad pediátrica. La gran mayoría son benignos. La resección endoscópica curativa es posible en la mayoría, pero requieren de un período de seguimiento que no ha sido estandarizado.

Caso clinico

Presentamos nuestra experiencia con dos casos de NPUBPM (varones de 8 y 13 años) diagnosticados durante los últimos 4 años. La resección endoscópica completa fue posible en ambos, aunque empleando métodos diferentes. Se encuentran en diferentes fases de seguimiento y hasta el momento sin evidencia de recurrencia.

Conclusiones

Las neoplasias papilares de vejiga en niños generalmente se manifiestan con síntomas del tracto urinario inferior (hematuria macroscópica en la mayoría). El tratamiento, en general, es la resección trasuretral. Aunque la mayoría son benignas (NPUBPM o papiloma urotelial), existe una baja tasa de recurrencia. Los diferentes esquemas de vigilancia posresección publicados difieren en duración (generalmente inferior a 3 años) e incluyen la revisión endoscópica periódica, combinada con métodos no invasivos (urinálisis, ecografía, etc.).

Asociación entre el tiempo de uso de catéter transuretral postoperatorio y la incidencia de complicaciones en la reparación de hipospadias.

Wiesner Torres S R, Parente Hernández A, Ramírez Calasanz A, González Cayón J, Escassi Gil A, Paredes Esteban R M. *Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.*

Objetivo

Evaluar la posible asociación entre el tiempo de derivación urinaria en el postoperatorio de la reparación de hipospadias y la incidencia de complicaciones, así como nuestra experiencia en el uso de catéteres uretrales en estos pacientes en los últimos años.

Material y métodos

Revisión retrospectiva de pacientes intervenidos para reparación de hipospadias proximales y medio-distales en nuestra unidad entre 2014 y 2019. Se analizaron variables demográficas y clínicas.

Resultados

En el periodo de estudio fueron intervenidos 61 niños. Se realizaron, en hipospadias medio-distales, 38 uretroplastias TIP (placa incisa tubulizada) y 9 avances uretrales Beck-Von-Hacker y en hipospadias proximales 14 reparaciones en 2 tiempos (injerto de mucosa + tubulización). Se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en el tiempo que se mantuvo el sondaje vesical en el postoperatorio entre los niños con y sin complicaciones, siendo la media 2,5 días mayor en niños con complicaciones. Sin embargo, esta diferencia no se observa al estratificar el análisis por tipo de hipospadias y procedimiento.

Conclusión

En nuestros datos, el tiempo que se mantiene la derivación urinaria no se relaciona significativamente con la incidencia de complicaciones postoperatorias en la reparación de hipospadias proximales y medio-distales, cuando se realiza el análisis categorizando según la técnica quirúrgica empleada.

Utilización de lámina de regeneración dérmica monocapa en el tratamiento de fístulas uretrocutáneas de hipospadias

Castilla Parrilla E M, Gironés Camarasa B, Díaz Moreno E, Botía Martínez C; Fernández Valadés R. *Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.*

Introducción

El hipospadias es la anomalía uretral congénita mas común, afectando a 1 de cada 300 recién nacidos vivos. La fístula uretrocutánea es la complicación mas frecuente tras la corrección quirúrgica. No existe una técnica ideal para la reparación de fistulas, siendo la utilización de flaps de túnica vaginal testicular y de dartos prepucial la alternativa más eficaz. La cobertura con biomateriales, como la lámina de regeneración dérmica, podría ser una opción eficaz en esta patología.

Casos clínicos

Presentamos dos pacientes intervenidos de fístula uretrocutánea recidivada, utilizando una lámina de regeneración dérmica monocapa como cobertura uretral. Los dos pacientes presentaban hipospadias mediopeneanos que precisaron varias reintervenciones por presentar fistula uretrocutánea.

Se realizó en ambos casos disección de la fístula y cierre de la misma, después se colocó un plano de albugínea y posteriormente la lámina de regeneración dérmica tras la creación de un espacio epidartal. La sonda vesical y el vendaje se mantuvieron durante 7 días.

Resultados

En el seguimiento de estos pacientes a los 6 meses, no han aparecido complicaciones, presentando un único chorro miccional. El resultado estético ha sido satisfactorio.

Trauma renal moderado / severo: manejo conservador
Wiesner Torres S R, Parente Hernández A, González Cayón J,
Ramírez Calasanz A, Vargas Cruz V, Paredes Esteba RM. *Hospital
Universitario Reina Sofía, Córdoba.*

Introducción/objetivos

En los últimos años el manejo conservador del trauma renal pediátrico moderado/severo se ha ido extendiendo, siendo en la actualidad de primera elección. Sin embargo, aún existen dudas sobre la recuperación del tejido desvitalizado. El objetivo de este trabajo es valorar si el manejo conservador permite recuperar el tejido renal de las zonas afectadas manteniendo su función.

Métodos

Revisión retrospectiva de pacientes atendidos en nuestra institución por trauma renal en los últimos 5 años. Se analizaron variables epidemiológicas y clínicas. La función renal se analizó mediante gammagrafía DMSA 6 meses posterior al traumatismo.

Resultados

5 pacientes fueron atendidos en el periodo de estudio, 4 de ellos varones, con una edad media de 9,6 años, el síntoma más frecuente fue hematuria macroscópica (80%). A todos se les realizó TAC al ingreso, 60% presentaban traumatismos estadio IV y 40% estadio III. Todos recibieron manejo conservador, con una media de ingreso de 10,2 días. Ninguno presentó anemia o inestabilidad hemodinámica durante su estancia y ninguno requirió manejo quirúrgico de rescate. Las DMSA posteriores no mostraron alteración significativa de la función renal ni cicatrices renales postraumáticas.

Conclusiones

En nuestra experiencia, el manejo conservador del trauma renal pediátrico moderado/severo es seguro y eficiente en la preservación del tejido renal.

12:30 Premios y Asamblea Ordinaria ACPA

14:00 Clausura

COLABORADORES

