

CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**TRANSPOSICIÓN FLAP DE MÚSCULO TRANSVERSO ABDOMINAL EN
HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA**

Autores: Reyes H, Cáceres P, Lagos C, Bazán C, Rodríguez JR.
Hospital Dr. Gustavo Fricke
Viña del Mar, Chile

Introducción: El cierre primario constituye la primera opción de corrección quirúrgica en Hernia Diafragmática Congénita (HDC), en aproximadamente 40% de los casos éste no es posible. Dada la restringida disponibilidad de elementos protésicos en nuestro medio, ante condiciones anatómicas locales adecuadas, la técnica de Transposición Muscular con Flap de Músculo Transverso Abdominal (FTA) constituiría una alternativa fisiológica para la reconstrucción diafragmática.

Objetivos: Describir la técnica de FTA para la reparación de defectos diafragmáticos posterolaterales amplios.

Pacientes y método: Estudio observacional retrospectivo de pacientes tratados mediante técnica de FTA, en la unidad de Cirugía Pediátrica del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, entre los años 2000 y 2008.

Resultados: Se incluyeron 2 recién nacidos y un lactante con HDC, tratados mediante técnica de FTA. La extensión promedio del defecto diafragmático fue de 6, 7 cm. En todos los casos, existió ascenso de yeyuno-íleon, colon ascendente y colon transverso a la cavidad torácica. No hubo complicaciones postoperatorias significativas. A la fecha de redacción de este informe, los tres pacientes sobreviven, sin evidencia de recurrencia del defecto diafragmático, con una mediana de seguimiento de 12 meses (11 - 36).

Revisión del tema: Históricamente, variadas técnicas de reparación diafragmática han sido descritas para circunstancias en las que el cierre primario no es posible, entre las que destacan: la reconstrucción de la cúpula con flaps de músculo Oblicuo interno y Transverso abdominal o flaps de músculo Dorsal ancho; la reparación del defecto con flap de fascia de Toldt; el uso de parches protésicos de Gore-Tex® o Gore-Tex®/Marlex® o procedimientos recientes que incorporan el uso de materiales bioactivos como Surgisis® y Surgisis Gold®. Aun así, a pesar del amplio espectro de alternativas disponibles, no existe consenso en cual es la técnica quirúrgica más adecuada en circunstancias en que el cierre primario resulta impedido.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN RECIÉN NACIDO: EXPERIENCIA
HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE 2000 – 2008**

Autores: Reyes H, Elton A, Cáceres P, Maluje R, Bazán C.
Hospital Dr. Gustavo Fricke
Viña del Mar, Chile

Introducción: La Hernia Diafragmática Congénita (HDC) es un complejo sindromático congénito que embriológicamente resulta de la falta de muscularización y/o falta de fusión de los elementos del diafragma primitivo, debido a alteraciones moleculares del desarrollo, lo cual permite el ascenso de vísceras abdominales al tórax, con grado variable de hipoplasia pulmonar e hipertensión pulmonar asociadas al cuadro.

Objetivo: Describir las características clínicas, diagnóstico, tratamiento quirúrgico, morbimortalidad y supervivencia de pacientes con HDC, bajo los conceptos actuales de manejo en nuestro medio.

Pacientes y Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectivo, de recién nacidos con el diagnóstico de HDC, tratados en el servicio de Neonatología y Cirugía Pediátrica de Hospital Dr. Gustavo Fricke entre Enero de 2000 y Diciembre de 2008.

Resultados: Se diagnosticó 20 casos de HDC, diez hombres y diez mujeres. En 5 casos se realizó diagnóstico antenatal. Seis pacientes fallecieron antes de las 24 hrs de vida. Catorce pacientes fueron intervenidos; la mediana de edad operatoria fue de 6 días (4, 75 - 10), encontrándose 9 defectos posterolaterales izquierdos, y 5 derechos. Se realizó abordaje via Toracoscopía en 2 casos. El cierre primario se realizó en 8 pacientes, seguido del uso de parche protésico (4/14) y transposición muscular (2/14). Las complicaciones postoperatorias significativas fueron un paciente con sepsis neonatal; y una recidiva precoz con perforación colónica al tórax con pnoneumotórax asociado. La mediana de seguimiento es 54 meses (12 – 60). En el seguimiento doce pacientes han presentado síndrome bronquial obstructivo a repetición, y tres reflujo gastroesofágico severo. La sobrevida actuarial estimada es 65%.

Discusión – Conclusión: El manejo de esta entidad ha experimentado una transición significativa, de manera que hoy se prefiere aludir al concepto de emergencia fisiológica, en lugar de urgencia quirúrgica. Existe consenso, que la cirugía diferida, precedida por un período de estabilización preoperatoria gentil, determinan una disminución del riesgo operatorio, mejorando la supervivencia de pacientes de peor pronóstico.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Hernia Diafrágica Congénita De Bochdalek: Hernioplastía Toracoscópica en Recién Nacidos

Autores: Maluje RJ, Elton MA, Velarde J, Reyes HA, Cáceres P
Universidad de Valparaíso, Hospital Gustavo Fricke
Viña del Mar, Chile

Objetivo: Describir la técnica quirúrgica utilizada en la reparación de la hernia diafrágica y presentar los resultados obtenidos en los primeros recién nacidos operados con esta técnica en nuestra unidad.

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de todos los recién nacidos con diagnóstico de hernia diafrágica congénita (HDC) sometidos a reparación toracoscópica, entre Octubre de 2007 y Junio de 2009. Los pacientes fueron operados, bajo técnica anestésica habitual, utilizando un trocar para la óptica y 2 trócares de trabajo, con presiones intrapleurales entre 5-6 mmHg. En todos se realizó cierre primario y en la reparación del defecto diafrágico se utilizó sutura discontinua de material sintético irreabsorbible con puntos intra y extra corpóreos.

Resultados: Se operaron 4 recién nacidos con esta técnica, 3 mujeres y un hombre, con peso de nacimiento entre 3350 y 3580g. Sólo uno de ellos tenía diagnóstico prenatal de la malformación y todos nacieron por cesárea electiva. Dos correspondían a HDC derecha y dos a izquierda. En ninguno se utilizó corticoide prenatal o surfactante pulmonar. La edad promedio de cirugía fue de 3 días de vida. El tiempo operatorio promedio de cirugía fue 142 minutos, no hubo conversiones y hubo una complicación (infección de sitio de inserción de trocar). En promedio, el apoyo ventilatorio post operatorio fue de 4 días, se realimentaron en 3,5 días y el alta post operatoria fue a los 11 días. El seguimiento varió entre 2 y 11 meses.

Conclusiones: La cirugía toracoscópica es una técnica posible de realizar en nuestro medio, segura y con buenos resultados funcionales y estéticos en un grupo seleccionado de recién nacidos. Mayor investigación debe llevarse a cabo para determinar si existen ventajas de esta técnica sobre la vía tradicional o laparoscópica, y la posibilidad de ampliar el espectro de pacientes.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA. EXPERIENCIA HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA

Autores: Weibel G, Valle E , Díaz C, Echeverría M, Aliaga J
Hospital Regional de Antofagasta
Antofagasta, Chile

Introducción: La hernia diafrágica congénita (HDC) es una malformación mayor. Se presenta en 1 por 2000-5000 recién nacidos vivos y pese a los avances del manejo prenatal y postnatal se asocia a una alta mortalidad, que depende fundamentalmente del grado de hipoplasia pulmonar. En la década de los 80 se la consideraba una emergencia quirúrgica, pero actualmente existe consenso en que se debe diferir la intervención quirúrgica hasta lograr una estabilización respiratoria y hemodinámica del paciente.

Objetivos: Revisar el manejo de la hernia diafrágica en nuestro centro asistencial y compararlo con lo descrito en la literatura. **Material y Método:** Se realizó una revisión retrospectiva de las fichas clínicas y protocolos operatorios de los pacientes portadores de HDC ingresados al Servicio de Neonatología entre el 2004 al 2008.

Resultados: Se presentaron 10 casos de HDC, Se realizó diagnóstico prenatal en el 30% de los casos. Los pacientes fueron 6 masculinos y 4 femeninos, 8 de término y 2 de pretermino, El parto fue vaginal en 6 casos (uno con diagnóstico prenatal) y cesárea en 4 casos. Todos los niños con diagnóstico prenatal se intubaron precozmente. El 90% de los RN presentó SDR en las primeras horas de vida. En relación al tipo de HDC, 80% fue izquierda y 20% derecha, en 60% de ellas estaba contenido el hígado. Sólo 4 pacientes tuvieron ecocardiografía, que fue normal y 2 pacientes presentaron malformación renal a la ecografía obstétrica, 1 paciente mostró en la operación agenesia diafrágica y agenesia de pulmón derecho. El 90% de los pacientes fueron operados, de ellos 2 antes de 12 hrs. y otros 2 antes de 24hrs de vida. Un 40% de los operados usó malla y en 30% se instaló drenaje pleural. La supervivencia global fue de 50% La causa de fallecimiento fue hipertensión pulmonar persistente en el 80% y ocurrió a los 2 días de vida pese a uso de VAFO en dos de ellos.

Conclusión: Al revisar nuestros datos concluimos que tenemos un bajo porcentaje de diagnóstico prenatal, no todos los pacientes se estudiaron adecuadamente antes de la cirugía y en un porcentaje importante no se espero un tiempo adecuado para lograr una buena estabilización preoperatoria, a pesar de ello la mortalidad se acerca a lo descrito en la literatura, sin embargo se deben tomar las acciones para optimizar el manejo de estos pacientes en nuestro hospital.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Oito anos de seguimento na utiliza ção de Pericárdio Bovino na corre ção de grandes defeitos Diafragmáticos Congênitos

Autores: França WM, Samaha S, Schmidt AF, Oliveira-Filho AG, Sbragia L.
Institución Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas - Unicamp e Faculdade de Medicina e da Saúde do CCMB, PUC/SP Sorocaba/SP, Brasil

Introdução: Diferentes próteses cirúrgicas para a correção dos grandes defeitos diafragmáticos congênitos vem sendo descritas nos últimos 50 anos. Alguns materiais sintéticos utilizados nem sempre apresentam bons resultados, pois podem causar recidiva da hérnia, além de não apresentar crescimento adequado com o desenvolvimento do paciente e levar a deformidade torácica e de coluna vertebral. As alternativas biológicas para a correção destes defeitos podem ser autólogas como o retalho do músculo dorsal, a fascia lata ou do reto abdominal ou pela utilização de biomaterias como a duramater e submucosa de intestino delgado. Pericárdio bovino (PB) é muito conhecido, seguro e largamente utilizado em próteses de válvulas cardíacas e não há na literatura a descrição da sua utilização para correção de grande defeitos do diafragma em neonatos.

Descrição: De março/2001 a abril/2009 foram operados 6 neonatos com idades gestacionais entre 36-40 semanas. Quatro apresentavam grandes hérnias diafragmáticas esquerdas e 2 com agenesia total do diafragma esquerdo. Todos os defeitos foram corrigidos com PB, sendo que sua fixação foi feita com fio de Prolene® 4-0, na região onde deveria estar o diafragma, pontos simples e separados num leve formato de cúpula. Três neonatos foram submetidos a intervenção fetal para hérnia diafragmática congênita – FETO (fetoscopic endoluminal tracheal occlusion) e 2 sobreviveram. Quatro neonatos estão vivos, com idades entre 2 meses e 8 anos. Dois foram a óbito no 12º e 42º dia de pós-operatório por complicações cardio-respiratórias. A radiografia pré-óbito mostrou o PB no local suturado, sem herniações.

Revisão: O PB tratado em glutaraldeído a 4% é comumente utilizado em cirurgias cardio-vasculares. Trata-se de material biológico, tem formato de uma pequena folha, de tamanho aproximado de 10x14cm, de boa elasticidade e resistente à tração. Tem uma superfície lisa e a outra rugosa, que se molda muito bem ao local de sutura além de não necessitar do uso de imunossupresores. A criança mais velha está com 8 anos e sem alterações respiratórias nem deformidades torácicas. Os demais estão sob acompanhamento ambulatorial e não apresentam alterações. O PB mostrou ser um material biológico confiável e duradouro para correção destes defeitos.

QUILOTÓRAX EN HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA

Autores: Zavala B, Campos JM, Riutort MC, Faunes M, Skorin I
Pontificia Universidad Católica de Chile
Santiago, Chile

Introducción: Después de la reparación quirúrgica de la Hernia Diafragmática Congénita, puede presentarse un derrame pleural ipsilateral sintomático en aproximadamente un tercio de los casos. En 10-28% de los casos corresponde a un quilotorax (QT). Situación que agrega morbilidad en pacientes con función cardiopulmonar límite.

Material y Método: Revisamos en forma retrospectiva las fichas clínicas de los pacientes operados de hernia diafragmática congénita tipo bochdaleck entre Mayo 2003 y Agosto 2009 en el hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en busca de los pacientes que presentaron quilotorax (QT) en el post operatorio. Se analizaron factores de riesgo y evolución en base a una pauta de revisión.

Resultados: Entre Mayo 2003 y Agosto 2009 se operaron 66 pacientes de HDC, 7 pacientes presentaron QT. De los cuales 6 eran hombres. 2 pacientes necesitaron cirugía para controlar el QT, 1 en el grupo de ECMO. 4 pacientes requirieron malla para la reparación, 2 con ECMO. 1 paciente fallece.

Discusión: El QT complica el manejo de los pacientes con HDC. Debe prevenirse su presentación en lo posible, la disección usando pinza bipolar en los pacientes que requieren ECMO puede ayudar. Otros factores de riesgo no parecen diferenciarse entre los que presentan o no quilotorax. Conclusión Se debe estar preparado para QT en pacientes varones que requieren ECMO y parche para reparar el diafragma.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**MANEJO DE LOS PACIENTES CON MALFORMACIONES
ANORRECTALES EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO: EXPERIENCIA
DE 10 AÑOS**

Autores: De Giorgis M., Kulikoff B., Herrera P.
Hospital Padre Hurtado
Santiago, Chile

Introducción/Objetivo: Las Malformaciones Anorrectales (MAR) se presentan con una frecuencia de 1 cada 4000 a 5000 nacidos vivos, siendo la falta de descenso del septum urogenital la razón más aceptada que explicaría en parte la fisiopatología de estas malformaciones. Las MAR se asocian con frecuencia a síndromes como la Trisomía 21 y asociación VACTERL. El objetivo de nuestro estudio es establecer la frecuencia de las MAR, el resultado del tratamiento quirúrgico y su evolución post operatoria, en el Hospital Padre Hurtado en Santiago de Chile.

Pacientes y Método: Estudio retrospectivo de los registros clínicos de 35 pacientes operados y controlados en el Hospital Padre Hurtado. Se obtuvieron datos en cuanto a sexo, tipo de malformación, edad de cirugía, uso de colostomía previa, patologías asociadas, presencia de constipación, complicaciones post quirúrgicas, necesidad y tiempo de dilataciones. Se excluyeron en el seguimiento 7 pacientes: 5 por registro o controles incompletos y 2 por ser cirugías recientes. Se usó la prueba Exacta de Fischer, considerando $p < 0,05$ para significación estadística.

Resultados: De los 35 pacientes, el 63% correspondió a mujeres. El 68,6% presentaron fístula perineal, 8,6% fístula vestibular, 8,6% sin fístula, 5,7% con estenosis anal congénita, 2,9% con fístula rectovaginal y 2,9% con fístula rectoescrotal. En ambos sexo la MAR más frecuente fue la fístula perineal (67% en mujeres y 68% en hombres). Un 9% presentó Síndrome Down y un 9% VACTERL. El 57% no tenía malformaciones asociadas. A todos se les realizó anorectoplastía sagital posterior. La mediana de edad quirúrgica fue de 7 meses. El promedio en tiempo de dilatación fue de 9 meses. Al 23% de los pacientes se les realizó colostomía previa. De éstos el 87% presentó constipación versus el 25.9% en el grupo operados sin colostomía, diferencia que resultó significativa, $p=0.003$.

Conclusiones: Si bien los resultados generales coinciden con la literatura internacional, llama la atención la diferencia en el porcentaje de constipación entre los grupos con y sin colostomía.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO (LAP) EN VARONES CON MALFORMACIÓN ANORECTAL (MAR) ALTA. ESTUDIO COMPARATIVO CON EL ABORBAJE ABIERTO EN UNA ÚNICA INSTITUCIÓN

Autores: Bailez M.; Cuenca E; Mauri V; Solana J. Dibenedetto V.
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan
Buenos Aires. Argentina

El abordaje laparoscópico ha sido nuestra primera opción para el tratamiento de los pacientes con MAR alta desde Octubre del 2001. Diecisiete varones de los cuales 9 tenían fistula prostática y 8 vesicales fueron tratados por ésta vía de abordaje.

Objetivos: Evaluar y comparar la LAP con el abordaje abierto solo ó combinado con el sagital posterior (PSARP) para el tratamiento de la MAR altas.

Métodos: La LAP fue realizada en 17 pacientes consecutivos con MAR alta desde Octubre del 2001 (Grupo 1) analizados en forma retrospectiva. Otros 15 pacientes tratados en forma abierta sola ó combinada con el PSARP que fue nuestro procedimiento de elección antes del 2001 (Grupo 2). Todos los pacientes fueron operados y seguidos regularmente por los autores. Fueron categorizados de acuerdo al tipo de anomalía en fistula prostática (A) y vesical (B). Los parámetros analizados fueron: ratio/anormalidad sacra, edad a la cirugía, tiempo operatorio, complicaciones intra/postoperatorias, edad actual, movimientos intestinales espontáneos, constipación, continencia urinaria, soiling, necesidad de manejo intestinal. Tres pacientes con fistulas prostáticas LAP fueron excluidos del análisis: 1 por edad (3 años), 1 todavía tiene la colostomía y 1 por pérdida del seguimiento. Solo 2 de las abiertas vesicales no continuaron sus controles. La cirugía abierta consistió en PSARP para pacientes del A y PSARP + laparotomía en pacientes B.

Resultados: La edad media de la operación para los pacientes A fue 22 meses (G1) vs 29,2 m (G2) y 37,5 m (G1) vs 22,5 m (G2) en pacientes B. El tiempo quirúrgico comparado fue estadísticamente significativo para el G1 (B): $p=0,0036$.

El ratio menor de 0.6 fue encontrado en un 50% (G1) y 37,5%(G2) de los pacientes A y 50% (G1) y 60 % (G2) de los pacientes B. 14 pacientes del G1 tienen continencia urinaria. La edad actual de los pacientes A es 7, 47 años (G1*) vs 13 años (G2) y 8,9 años (G1) vs 13,5 años (G2°) de los pacientes B. Movimientos espontáneos voluntarios se encontraron en el 100% de (A) y 87,5% de (B) en los pacientes G1 y el 87, 5 de (A) y 60% de (B) de los G2. Todos los pacientes con fistula prostática tanto LAP como PSARP tienen soiling (la mayoría del total Grado 1), correspondiendo al 75% de la vesicales LAP y al 100% de las abiertas, sin embargo 2 de éstos pacientes tienen botón de Chait. El manejo con enemás constituye un pilar en el tratamiento para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Conclusión: El abordaje LAP es una opción viable para el tratamiento de las MAR altas. Se insinúa menos tiempo quirúrgico en pacientes con fistula vesical sin empeorar los resultados funcionales cuando esta realizado por cirujanos con experiencia en MAR. Los datos preliminares sugieren que la LAP podría jugar un rol en mejorar los movimientos intestinales espontáneos en pacientes con MAR alta.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

MANEJO DE MALFORMACIONES ANORECTALES DE DIAGNÓSTICO TARDÍO SIN COLOSTOMÍA RESUMEN INTRODUCCIÓN

Autores: Aguilar Thelma, Hermosilla Patricia, Contador Mónica, Valdivieso Juan Pablo
*Servicio de Cirugía Infantil, Hospital Dr. Roberto del Río
Santiago, Chile*

Introducción: El diagnóstico de las malformaciones anorrectales (MAR) se realiza habitualmente al momento de nacer, sin embargo, de manera infrecuente se puede retrasar y diagnosticarse en forma tardía. Se define como MAR de diagnóstico tardío a la que se pesquisa después de la semana de vida.

Objetivo: Evaluar la posibilidad de corrección quirúrgica primaria en niños con MAR de diagnóstico tardío.

Material y Métodos: Revisión descriptiva de fichas clínicas de pacientes manejados en 3 centros hospitalarios del área norte de Santiago de Chile con diagnóstico de MAR tardío, en un período de 10 años. Se tomaron datos demográficos, modo de presentación, causa de retraso de diagnóstico, diagnóstico de MAR, manejo y evolución. Se realiza una revisión de la literatura sobre el tema.

Resultados: De un total de 85 MAR tratados en estos 3 centros hospitalarios, se encontraron un total de 7 pacientes con diagnóstico de MAR tardío. De ellos 5 corresponden al sexo femenino y la edad de presentación fue m: 12m (1-30). Todos tenían una MAR con fístula rectoperineal. De ellos 5 se presentaron con historia de constipación, 1 fue hallazgo del examen físico por otra patología y otro se retrasó su manejo quirúrgico por tener una cardiopatía congénita compleja. En todos los casos se realizó una reparación primaria sin colostomía, previa preparación intestinal. Sin complicaciones postoperatoria inmediatas. 1 paciente con constipación residual.

Conclusiones: El diagnóstico tardío de MAR bajas es infrecuente, sin embargo, su manejo y resolución quirúrgica primaria es una alternativa segura si se cuenta con un manejo preoperatorio adecuado.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

DESCENSO ANORRECTAL LAPAROSCÓPICO EN ANOMALÍA ANORRECTAL ALTA

Autores: Quevedo G, Aguilar O, Jiménez L, Gámez R, Terán A.
*Servicio de Cirugía y Urología Pediátrica, Hospital Universitario Japonés
Santa Cruz – Bolivia*

Introducción: El Descenso Laparoscópico para el manejo de la Anomalía Anorrectal Alta, presentado por Georgenson, ha cambiado la visión quirúrgica y el concepto en el manejo de esta grave malformación.

Objetivo: El objetivo de nuestra presentación es mostrar nuestra experiencia y los resultados obtenidos en nuestra institución.

Material y métodos: Presentamos nuestra experiencia de cuatro pacientes con AAR alta tratados por vía laparoscópica en el Servicio de Cirugía y Urología Pediátrica del Hospital Universitario Japonés de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, de Enero de 2008 a Abril de 2009. Se estudian y se tratan tres pacientes del sexo masculino con AAR con Fístula Recto- Uretral Alta (FRUA) y un paciente con Atresia Rectal sin fístula. Todos nuestros pacientes fueron del sexo masculino, con un rango de edad de 11 meses a 5 años y 3 meses. Se estudia la relación recto-vía urinaria a través de Colografía y Cistouretrografía Miccional (CUM). Los pacientes fueron internados 3 días previos a la cirugía. Se realizó preparación de colon mecánico y químico. Se introduce antibiótico endovenoso. En todos los pacientes se realizó el procedimiento laparoscópico preconizado por Georgenson menos en un caso que se optó por completar la reparación por ARPSP debido al diámetro aumentado de la fístula recto-uretral.

Resultados: El tiempo operatorio inicial fue mejorado conforme aumento nuestra curva de aprendizaje. Técnicamente fue satisfactoria la identificación de las estructuras. Los controles de imagen postoperatorios mostraron reconstrucción de la uretra y recto satisfactorios, no tuvimos ningún caso de fístula recanalizada y solo en un paciente (con ARPSP) se presentó por obstrucción mucoso de uretra, identificando mínimo divertículo uretral sin estenosis, los resultados cosméticos son satisfactorios. Solo tenemos bajo control funcional a nuestro paciente mayor de 5 años quien presenta continencia total urinaria y fecal, por la edad de nuestros otros pacientes todavía debemos aguardar.

Discusión: El beneficio que ofrece la LAARP, es la posibilidad segura de tratar AAR altas. El concepto básico es la transferencia de la fístula hasta la superficie anal a través del músculo elevador del ano y el complejo muscular del esfínter externo. No se realiza la división del complejo muscular por lo tanto el músculo pubococcigeo se lo puede identificar perfectamente desde su porción superior. Presenta resultados entusiasmadores en cuanto a continencia fecal.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Malformación Ano-Rectal: Manejo Mínimamente Invasivo .¿El nuevo gold standard ?

Autores: Guelfand M., López PJ
Hospital Exequiel González Cortés
Santiago, Chile

Introducción: En los últimos años ha habido reportes sobre el manejo de la malformación ano-rectal por la vía mínimamente invasiva. La resolución laparoscópica de las fistulas recto-prostáticas tiene como beneficio una excelente visualización y manejo de la fistula, además de prevenir todas las complicaciones de una laparotomía.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia en el manejo mínimamente invasivo de la malformación ano-rectal.

Paciente y Métodos: Se revisaron las fichas de los pacientes con malformación ano-rectal en que se realizó un manejo mínimamente invasivo en su reparación.

Resultados: 3 pacientes fueron manejados en forma mínimamente invasiva en la resolución de su malformación anorectal. Todos presentaban una fistula recto-prostática. Los 3 fueron manejados a su nacimiento con una colostomía. Posterior a un estudio completo de su malformación, se reparo tanto la fistula recto-prostática como el descenso rectal con un abordaje mínimamente invasivo. No hubo complicaciones tanto intra ni post-operatorias. Los 3 pacientes en la actualidad están con deposiciones por ano sin problemas.

Conclusión: El manejo mínimamente invasivo de la malformación ano-rectal con fistula recto-prostática es una opción valida y segura. La reparación laparoscópica logra una visualización y magnificación tal que facilita que el manejo de la fistula, además de prevenir las complicaciones derivadas de una laparotomía.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO TL DE FISTULAS RECTOVAGINALES.
FACTIBILIDAD Y DETALLES TÉCNICOS DE UNA MALFORMACIÓN
ANORECTAL RARA**

Autores: M.Marcela Bailez; Estela Cuenca; Victor Dibenedetto y Julieta Solana.
*Hospital de Pediatría "Juan P. Garrahan".
Buenos Aires, Argentina*

Introducción: La fistula rectovaginal es una malformación anorectal rara. Ocho pacientes con esta anomalía entre 420 con MAR fueron asistidas en nuestro servicio. Cinco de ellas fueron resueltas por vía laparoscópica.

Objetivos: Mostrar detalles técnicos de la TL y evaluar resultados funcionales preliminares comparándolas con las resueltas por vía convencional.

Métodos: Tres pacientes fueron tratadas por vía sagital posterior PSARP desde Febrero del 2000 (Grupo 1). El TL fue realizado en 5 pacientes a partir de Noviembre 2002 (Grupo 2). El procedimiento quirúrgico y el seguimiento de los mismos fue realizado por los autores. Se utilizaron 3 trocares: 4mm en ombligo para la cámara y 2 trocares de trabajo de 3mm medial a la colostomía y 5 mm en cuadrante inferior derecho. La fistula se disecciona y sutura dividiéndola de la pared vaginal. Electroestimulación para localizar esfínter anal externo, incisión mínima a ese nivel. Y descenso rectal guiado por laparoscopia con anoplastia según técnica. Los parámetros analizados fueron: ratio/displasia sacra, malformaciones asociadas, edad al momento de la cirugía, complicaciones, edad actual, presencia de movimientos intestinales espontáneos continencia urinaria, soiling, necesidad de manejo intestinal.

Resultados: La edad media al momento de la operación fue de 22,6 meses (G1) vs 21,4 meses (G2). El ratio menor de 0.6 fue encontrado en 1p que representa el 33% del G1 y un 1p que es el 20% del G2. El 71,4% tenía asociada alguna malformación renal. 6 Pacientes tienen continencia urinaria, los otros 2 no la tienen por edad (1año). La edad promedio actual de los pacientes fue 79, 5 meses (G1) y 85 meses (G2). El 50 % del G1 presentó movimientos intestinales espontáneos el 100% del G2. El 50% del G1 presentó soiling con necesidad de manejo intestinal, mientras que no se registraron casos en el G2. Del G1 se excluyó 1p por edad 3 años y del G2 3 p: 1p por edad (1 año y 6 meses), 1p que todavía tiene ostomía y 1p que cerró colostomía hace 3 meses.

Conclusiones: La fistula rectovaginal es una malformación anorectal rara, en nuestro hospital hemos tratado 8 pacientes con esta patología, siendo 5 resueltos por vía laparoscópica. Creemos que es una vía de abordaje que permite el tratamiento de la misma de forma factible y reproducible, brindando todos los beneficios de la cirugía mini-invasiva con buenos resultados funcionales.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

DESCENSO SAGITAL POSTERIOR Y LIGADURA DE FÍSTULA ANORRECTAL ASISTIDO POR LAPAROSCOPIA, SEGUIMIENTO A MEDIANO PLAZO

Autores: López P.J., Acuña C., Guelfand M., Reed F., Reyes D., Gana R., Letelier N., Zubieta R.
Hospital Exequiel González Cortes
Santiago, Chile

Objetivo: Es conocido el difícil manejo de las malformaciones anorrectales con fístulas a vejiga, próstata y uretra; por lo cual para tener una mejor identificación de la fístula, en ocasiones es necesario el abordaje por doble vía, tanto sagital posterior como abdominal. Actualmente este abordaje se puede realizar con cirugía laparoscópica. El descenso anorrectal asistido por laparoscopia (DARAL) en pacientes con MAR y fístula uretral es una técnica que se está empleando en nuestro hospital. Aquí presentamos nuestra experiencia con resultados a mediano plazo.

Método: Seguimiento prospectivo de tres pacientes con MAR con fístula recto-uretral. Todos los pacientes fueron operados con colostomía en el período de recién nacido, y en los primeros tres meses de vida se corrigieron por abordaje laparoscópico. Para el procedimiento quirúrgico se utilizaron tres trocares transperitoneales, con lo cual se obtuvo una disección clara del espacio retrovesical, una movilización satisfactoria del fondo de saco de Douglas; así como, una adecuada identificación de la fístula recto-uretral; la cual fue ligada con clips metálicos. Se insertó un trocar de 10 mm. A través del centro del complejo esfinteriano, previamente identificado bajo visión laparoscópica durante la electroestimulación perineal. El descenso anorrectal fue realizado sin tensión alguna. Se mantuvo drenaje vesical por 14 días, mediante un catéter uretral.

Resultados: Un paciente requirió descenso por vía sagital posterior por tener una fístula de gran calibre. En todos los pacientes la movilización y disección laparoscópica previa, permitió que el manejo abierto de la fístula resultara de mayor facilidad. El seguimiento fue de 10, 12 y 18 meses respectivamente; con una evolución satisfactoria; y sin presentar complicaciones. **Conclusiones:** El descenso anorrectal asistido por laparoscopia (DARAL), es una adecuada alternativa en el manejo de pacientes con malformaciones anorrectales con fístulas uretrales debido a que resulta ser seguro y efectivo; incluso si se requiere un tiempo perineal posterior abierto. Debido a que se han descrito complicaciones a largo plazo con la técnica laparoscópica; se requiere un seguimiento a largo plazo de estos pacientes; así como un estudio con mayor número de casos.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

RELACIÓN ENTRE PERÍODO DE ESTABILIZACIÓN PRE OPERATORIA, DÍAS DE VENTILACIÓN MECÁNICA Y SOBREVIDA POST QUIRÚRGICA EN RECIÉN NACIDOS CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA

Autores: Dres: Mellado Reyes P, Ibáñez Gallardo C, Butler Rojas C.
Servicios de Neonatología y Cirugía, Hospital Luis Calvo Mackenna Santiago, Chile.

Introducción: Se ha descrito y comprobado que tanto el índice pulmón/cabeza, la herniación hepática y la presencia de un saco herniario son buenos predictores de sobrevida en los pacientes con Hernia Diafragmática Congénita (HDC). En los últimos años, además de implementar el uso del oxido nítrico y Ecmo, hay una tendencia a retrasar el momento de la cirugía con el fin de obtener estabilidad respiratoria y hemodinámica que permita una mejor evolución postquirúrgica.

Objetivo: Comparar la sobrevida postquirúrgica y los días de Ventilación mecánica en grupo de pacientes que requirieron más de 24 horas de estabilización previas a la cirugía con grupo de pacientes operados antes de las 24 horas de vida.

Método: Revisión de 33 fichas clínicas de pacientes operados de (HDC) ingresados al servicio de Recién Nacidos del Hospital Luis Calvo Mackenna entre los años 1997 y 2009. Se definió como grupo 1 a los pacientes que se operaron antes de las 24 horas de vida y como grupo 2 a aquellos que se resolvieron quirúrgicamente después de las 24 horas de vida. Se comparó tiempo de ventilación mecánica y sobrevida.

Resultados: En el grupo 1 encontramos 8 pacientes. Grupo 2 contó con 25. Ambos grupos tuvieron en promedio 11 días de ventilación mecánica. La sobrevida fue de un 85% para ambos grupos.

Discusión y conclusiones: En nuestra revisión encontramos que no fue significativo el tiempo de estabilización preoperatorio para las variables ventilación mecánica y sobrevida, a diferencia de lo descrito en la literatura. Concluimos que en ambos grupos se excluyeron de la evaluación variables importantes que debieron marcar diferencias en los parámetros estudiados, especialmente aquellos relacionadas con nuevas técnicas disponibles para estabilización tanto pre como postoperatorias. Para futuras revisiones consideramos importante evaluar casos con menos dispersión temporal y con similares condiciones de manejo.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Atresia Esofágica: Manejo Mínimamente Invasivo

Autores: Guelfand M., Santos M., Varela P.,
Hospital Exequiel González Cortés – Clínica Las Condes
Santiago, Chile

Introducción: La atresia esofágica en los últimos años ha sido manejada por vía mínimamente invasiva. La resolución toracoscópica no solo previene las secuelas de una toracotomía, sino que permite una mejor visualización y disección durante la cirugía tanto esofágica como traqueal.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia en el manejo de la atresia esofágica con técnica mínimamente invasiva.

Paciente y Métodos: Se revisaron las fichas de los pacientes con atresia esofágica en que se realizó un manejo mínimamente invasivo en su reparación.

Resultados: 6 pacientes fueron manejados en forma mínimamente invasiva (toracoscópica). 4 pacientes con atresia esofágica con fístula traqueo-esofágica distal y 2 con atresia esofágica sin fístula (long gap). 5 pacientes fueron resueltos en forma completa con técnica mínimamente invasiva y 1 en forma parcial. No hubo ninguna complicación ni intraoperatoria ni post-operatoria derivada de la toracoscopia.

Conclusión: El manejo mínimamente invasivo de la atresia esofágica con y sin fístula es una opción válida y segura. La reparación toracoscópica de esta alteración esofágica logra además una visualización y magnificación que incluso ayuda en la reparación final. Además previene todas las complicaciones derivadas de una toracotomía

Reparación Laparoscópica Obstrucción Duodenal Neonatal

Autores: Guelfand M., Santos M.
Hospital Exequiel Gonzalez Cortés
Santiago, Chile

Introducción: La obstrucción duodenal es una patología quirúrgica frecuente en recién nacidos. Su manejo por vía laparoscópica ha demostrado ser una opción segura y eficaz en la literatura. Sobre todo por los beneficios al no realizar una laparotomía, disminuyendo la morbilidad de hipotermia y pérdida de líquidos intra-operatoria como también la incidencia de adherencias intestinales.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia en el manejo de la obstrucción duodenal neonatal con técnica mínimamente invasiva. **Paciente y Métodos:** Se revisaron las fichas de los 3 pacientes con obstrucción duodenal neonatal con manejo laparoscópico.

Resultados: 3 pacientes fueron manejados en forma mínimamente invasiva. 2 varones y una mujer. Uno presentó síndrome de Down asociado. El diagnóstico se sospechó prenatalmente en 2 de ellos. El diagnóstico definitivo se realizó dentro de las primeras 48 horas de vida con radiología simple y en 1 caso con apoyo de contraste intestinal. Los 3 pacientes fueron operados una vez realizado el diagnóstico en forma laparoscópica. En 2 pacientes se encontró una atresia duodenal y en 1 un páncreas anular. Se realizó en 2 pacientes una duodeno-duodeno anastomosis y en el tercero una duodeno-yeyuno anastomosis. No hubo complicaciones intra-operatorias ni post-operatorias. Todos los pacientes lograron una realimentación enteral total dentro de los primeros 10 días posteriores a la cirugía.

Conclusión: El manejo mínimamente invasivo de la obstrucción intestinal neonatal en esta serie resultó segura y eficaz. No hubo complicaciones y se disminuyó el riesgo de morbilidad intra-operatoria y post-operatoria. Asociado a un resultado estético excelente.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA: QUE HEMOS APRENDIDO DE ESTA TÉCNICA

Autores: Drs. Santos Marcela, Guelfand Miguel
Hospital Dr. Exequiel González Cortés
Santiago, Chile

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia y mostrar la factibilidad de realizar esta técnica en pacientes con parálisis cerebral.

Material y método: Análisis de fichas de pacientes sometidos a esta técnica entre enero 2000 a agosto 2009.

Resultados: Hemos realizado este procedimiento en 38 pacientes, con edad promedio de 4.5 años (4m – 15a). Con diagnóstico de PC-Trastorno de deglución 30 pac. Por otras patologías (trastorno de deglución, desnutrición, hiperinsulinismo, dieta cetogénica) 8 pacientes. La evaluación preoperatoria se realizó con Rx EED en 28 pacientes, y pHmetría 24 hrs en 16 pacientes (12 pac. Con PC) Sin estudio 10 pacientes. El tiempo quirúrgico promedio fue de 19.9 minutos. Se realizó técnica videoasistida en 8 pacientes. No hubo complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias inmediatas. El inicio de alimentación fue en promedio a las 14 hrs y la duración de hospitalización de 3.85 días. Dentro de las complicaciones que reportamos en el seguimiento del grupo tenemos: Migración externa de sonda 4 pac., filtración peristoma 1 pac., estenosis ostoma 1 pac., fístula gastrocolónica en 2 pac. (n=38) los que se resolvieron quirúrgicamente sin inconvenientes.

La presencia de RGE patológico postoperatorio se presentó en 5 pacientes, 4 de los cuales tenían una PC; en todos se realizó técnica antireflujo laparoscópica con evolución posterior satisfactoria.

Conclusiones: PEG es un procedimiento quirúrgico fácil y rápido de realizar, con escasa morbilidad. Procedimiento seguro en pacientes con PC sin clínica de RGE, los cuales tienen una baja probabilidad de desarrollar un RGE patológico postoperatorio. Creemos que se minimizaría este riesgo el poder realizar un adecuado estudio de RGE con una pH metría 24 hrs preoperatorio. La presencia de gastrostomía no representa un obstáculo para realizar una técnica antireflujo posterior.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

GASTROPATÍA POR PROLAPSO

Autores: Saitúa Doren F, Vásquez Rodríguez H, Roco Opazo J, Ibáñez Gallardo C.
*Hospital Luis Calvo Mackenna
Santiago, Chile*

Introducción: La etiología más frecuente de hemorragia digestiva alta (HDA), en la edad pediátrica es la hipertensión portal, seguida por la enfermedad péptica y con mucho menor frecuencia el desgarró esofágico por vómitos; entidades que suelen manifestarse con hematemesis, melena o anemia. La endoscopia tiene un rol fundamental en el diagnóstico de la (HDA), identificando la etiología del sangrado en más del 80% de los casos. **Objetivos** Reportar una serie de pacientes cuyo estudio endoscópico por (HDA) e hiperemesis reveló una etiología poco conocida.

Materiales y método: Revisión retrospectiva de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta por (HDA) e hiperemesis en el período junio 2008 a agosto 2009. Se consignaron los hallazgos clínicos, endoscópicos y la evolución clínica.

Resultados: En el período de revisión se recolectaron ocho casos de hemorragia digestiva alta asociada a hiperemesis, seis pacientes se encontraban en tratamiento quimioterápico por patología oncológica y dos en inmunosupresión; uno por trasplante renal y otro por trasplante de médula ósea. El estudio endoscópico demostró edema, lesiones petequiales y pequeños hematomás submucosos en la región de la curvatura menor subcardial. La evolución mostró alivio de los síntomas al usar antieméticos como ondansetrón. Un paciente de la serie falleció por la evolución de su patología de base.

Discusión: La gastropatía por prolapso es una entidad clínica poco conocida descrita por primera vez en 1972 por Ament y Christie, que se asocia a hiperemesis y sangrado digestivo alto, caracterizado por una pequeña hemorragia de la mucosa gástrica proximal, secundaria a una invaginación de la misma en la porción distal del esófago en relación al episodio emético.

Conclusión: El conocimiento de esta patología, frecuente en niños en quimioterapia, permitirá orientar el tratamiento hacia la causa originaria: suprimir los vómitos. La gastropatía por prolapso pareciera ser más frecuente que el Síndrome de Mallory Weiss como causa de (HDA) en niños con hiperemesis.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Experiencia de la endoscopía pediátrica en el Hospital San Pablo de Coquimbo

Autores: Ángel M., Sagredo R., Bastidas J., Saavedra P., Alfaro R.
Hospital de Coquimbo. Facultad de Medicina UCN – Chile

Introducción: En el Hospital de Coquimbo la endoscopia digestiva se utilizó principalmente en los adultos como herramienta diagnóstica y terapéutica. Desde los años 90 se extendió progresivamente al área pediátrica. El objetivo de este trabajo fue establecer el perfil de uso de la EDA pediátrica en un hospital regional.

Material y Método: Estudio descriptivo de las EDA practicadas a pacientes entre 1 mes y 14 años 11 meses en el Hospital de Coquimbo. Se recopilaron los antecedentes desde la base de datos de la unidad de endoscopia y se analizaron los datos con Excel 2007. Resultados: Se estudió a 139 pacientes, predominando mujeres (64%). La media de edad fue 9,92 años ($\pm 3,1$). La distribución según etapa del desarrollo fue: RN-Lactante menor 0,7%, Lactante mayor 10,1%, Preescolar 15,1%, Escolar 28,8% y Adolescente 45,3%. El 36% se encontraba hospitalizado en el servicio de pediatría al momento del estudio. Los motivos de consulta fueron: síndrome ulceroso (23%), hemorragia digestiva alta (20,1%) cuerpo extraño esofágico (12,9%). Las endoscopias normales correspondieron al 36,7%, gastritis (18,7%), cuerpo extraño (10,8%), estudio celiaco (6,5%), hemorragia digestiva alta (5%). En 20 pacientes (14,4%) se realizaron procedimientos, siendo el principal la extracción de cuerpo extraño (75%). El test de ureasa fue positivo en otros 18 pacientes (90%). En 25 oportunidades se tomó biopsia (18%), para estudio celiaco (40%), gastritis (16%) y úlcera gástrica (8%).

Conclusión: La experiencia de este hospital regional permite establecer que en la edad pediátrica es necesario disponer de la EDA para fines diagnósticos y terapéuticos. Este procedimiento requiere personal calificado para ser realizado. Hasta ahora la EDA pediátrica en el hospital de Coquimbo ha sido practicada por cirujanos de adultos, por lo que actualmente uno de nuestros cirujanos pediátricos se encuentra en capacitación para asumir las EDAs pediátricas.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

ESTENOSIS ESOFÁGICA CONGÉNITA: ¿DILATACIÓN O CIRUGÍA?

Autores: Romero Manteola E., Ravetta P., Paredes E., Defagó V., Riga C.
Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Hospital Privado y Sanatorio El Salvador
Córdoba, Argentina

Introducción: La estenosis esofágica congénita (EEC) es una patología poco frecuente, con una incidencia reportada entre 1/25, 000 a 50, 000 recién nacidos vivos. Hay tres tipos de (EEC), engrosamiento fibromuscular (FM), membrana esofágica (ME) y restos traqueobronquiales (RTB). No hay un tratamiento estandarizado para las (EEC). El propósito de nuestro estudio es evaluar el diagnóstico, tratamiento y evolución de 10 pacientes con (EEC).

Material y Métodos: Se analizaron de manera retrospectiva las historias clínicas de 10 pacientes tratados por (EEC) en tres centros de la ciudad de Córdoba, Argentina, desde diciembre de 1997 hasta julio de 2009. Se analizaron datos demográficos, motivo de consulta, edad al comienzo de los síntomas, edad al momento del diagnóstico, malformaciones asociadas, estudios realizados, localización de la estenosis, tratamiento, hallazgos histológicos y evolución.

Resultados: Seis pacientes fueron de sexo masculino y cuatro femenino. El motivo de consulta principal fue la disfagia. La edad al momento del diagnóstico vario entre 1 día y 14 años (media= 4, 7 años). Tres presentaron malformaciones asociadas. El diagnóstico se realizo con esofagograma (EG), tres estenosis del tercio superior, cuatro del tercio medio, dos del tercio inferior y una múltiple. Cuatro de ellos fueron operados y seis recibieron dilataciones. La anatomía patológica informo tres (FM) y una (RTB). El seguimiento promedio fue de 2.6 años (rango= 2 meses a 6.2 años) y todos tuvieron evolución favorable.

Conclusión: La disfagia que aparece con la incorporación de sólidos a la dieta es el principal síntoma y debiera llevarnos a la realización precoz de un (EG). La imagen del (EG) no tiene correlación con el tipo histológico de (EEC). Actualmente las dilataciones constituyen nuestra primera indicación de tratamiento, siendo la intervención quirúrgica reservada para quienes no responden a las dilataciones.

CARACTERIZACIÓN DE LA ESOFAGITIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: CLÍNICA, ENDOSCOPIA Y ESTUDIO HISTOLÓGICO

Autores: Francisco Saitua D., Jorge Tagle A., Francisca Yankovic B.
Hospital Luis Calvo Mackenna
Santiago, Chile.

Introducción: El diagnóstico de esofagitis en pacientes pediátricos es secundario, principalmente, a la enfermedad por reflujo gastro esofágico (ERGE) y estados de inmunodeficiencia. La sospecha diagnóstica no siempre es fácil. Los síntomas son muy variados y de difícil reconocimiento en pacientes con daño neurológico. La importancia de la endoscopia, asociado a una biopsia, permite caracterizar la magnitud de la esofagitis e individualizar un tratamiento óptimo para cada grupo de pacientes. El objetivo de este trabajo es mostrar una serie clínica de pacientes evaluados endoscópicamente por sospecha de esofagitis.

Método: Revisión retrospectiva de las historias clínicas y biopsias de pacientes derivados a la unidad de endoscopia por sospecha de esofagitis.

Resultados: En el periodo de evaluación entre agosto de 2007 y febrero de 2009, se realizaron 67 endoscopías altas por sospecha de esofagitis. La edad de los pacientes fue entre 2 y 18 años. Los síntomas por los que se estudiaron fueron variables e incluyeron: Dolor abdominal, regurgitación, pirosis, disfagia, disfonía y otros. La sensibilidad de la endoscopia para esofagitis fue de un 56% y la especificidad de un 73%. En todos los pacientes se tomó biopsia y sólo una muestra fue insuficiente para el estudio histológico. La correlación exacta entre hallazgos endoscópicos e histológicos fue pobre en los casos de esofagitis leve a moderada, alcanzando tan sólo el 17%. Sin embargo, en casos de esofagitis infecciosa o sospecha de esófago de Barret se logró un 100% de correspondencia.

Discusión: La sospecha endoscópica de esofagitis permite una aproximación diagnóstica cercana al 50% de los pacientes. Es importante complementar el estudio con una biopsia. El informe histológico permite caracterizar el grado y en ocasiones la etiología de la esofagitis. Esto es especialmente importante en portadores de esófago de Barret (4 pacientes en la serie) o esofagitis eosinofílica (1 paciente) pues el tratamiento y seguimiento es diferente. Nuevas técnicas en endoscopia de magnificación y ajuste de luz, como el narrow banding imaging (NBI), se encuentran en evaluación para mejorar la sensibilidad de la endoscopia en la pesquisa de esofagitis.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**TRAUMA PENETRANTE TORACOABDOMINAL EN HOSPITAL PEDIÁTRICO.
SERVICIO DE URGENCIA PEDIÁTRICO HOSPITAL PADRE HURTADO. 2000-
2008**

Autores: Acevedo Carlos, Astudillo Jose, Cifuentes Macarena
Hospital Padre Hurtado

Resumen: Los traumatismos toracoabdominales presentan variación en comportamiento, manejo y pronóstico de acuerdo a la causa que lo genera, pudiendo ser cerrado, por armacortopunzante o de fuego. Las heridas cortopunzantes son de menor energía y el daño se limita al trayecto de la herida, a diferencia de las ocasionadas por arma de fuego que su poder destructivo depende de la masa y velocidad del proyectil, siendo un factor importante a considerar el calibre y la distancia que recorre el proyectil hasta su impacto. Presentamos un estudio retrospectivo de los pacientes pediátricos con trauma penetrante toracoabdominal que requirieron manejo quirúrgico e intensivo en nuestro hospital. Se presentan 21 pacientes, 18 de sexo masculino (85%), edades entre 2 y 14 años (50% tenían 14 años), 11 por arma de fuego (52%). Por su ubicación encontramos 76% abdominales, 14% torácicas y 9,5% lumbares. En todas las heridas por arma de fuego hubo lesión de órganos internos, no así en las penetrantes. En el 71% se requirió solo un cirugía para resolver el problema. Un paciente requirió 10 cirugías por la magnitud de sus daños. No hubo mortalidad. El tiempo de hospitalización varió entre 2 y 63 días (dado por el paciente que requirió mayor número de intervenciones). El mayor número de pacientes estuvo hospitalizado un tiempo menor a 16 días (76%). Cuatro pacientes (19%) presentaron complicaciones infecciosas que requirieron resolución quirúrgica.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**ROL DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN TRAUMATISMOS
ABDOMINALES. NUESTRA EXPERIENCIA EN 9 AÑOS**

Autores: Drs. Santos Marín M., Guelfand Chaimovich M., Torres V., Astorga D.
Hospital Exequiel González Cortés – Servicio de Cirugía
Santiago, Chile

Objetivo: Mostrar la experiencia de nuestro equipo quirúrgico en esta técnica quirúrgica y discutir su ventaja y utilidad en este grupo de paciente.

Material y método: Análisis retrospectivo de ficha clínica de 3 pacientes que fueron sometidos a esta cirugía entre enero 2000 a agosto 2009.

Resultados: Durante este período contamos con 3 pacientes que al momento de indicar el procedimiento quirúrgico se encontraban hemodinámicamente estable y con diagnóstico de traumatismo abdominal complicado. 1 paciente con pneumoperitoneo 2º a perforación gástrica por SNG., otro paciente con uroperitoneo 2º a rotura vesical por contusión abdominal. El 3º paciente con diagnóstico de herida abdominal por bala, la laparoscopia permitió realizar el diagnóstico de 3 perforaciones intestinales realizando la reparación de estas con técnica videoasistida. En todos ellos se realizó la reparación quirúrgica respectiva y con buena evolución posterior, sin complicaciones ni descompensaciones durante la cirugía. **Conclusiones:** La cirugía laparoscópica es una técnica quirúrgica útil para realizar una exploración, diagnóstico y eventual tratamiento, en pacientes con traumatismo abdominal complicado que se encuentra en una situación hemodinámica estable.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

COLECISTECTOMÍAS POR PATOLOGÍA BILIAR LITÍASICA. QUÉ HEMOS APRENDIDO EN LOS ÚLTIMOS 11 AÑOS

Autores: Drs. Santos Marcela, Torres Viviana, Guelfand Miguel
Hosp. Exequiel González Cortés
Santiago, Chile

Objetivos: Mostrar nuestra casuística en la resolución quirúrgica de esta patología en pacientes pediátricos, establecer características epidemiológicas y clínicas.

Material y método: Revisión retrospectiva de fichas de pacientes operados en Hospital Exequiel González C. con diagnóstico de patología biliar litiasica.

Resultados: En el período comprendido entre enero de 1998 a agosto 2009 hemos operado un total de 110 pacientes, de los cuales 105 se han operado con laparoscopia, 5 con técnica abierta. En 3 se tuvo que realizar conversión. El rango de edad al diagnóstico fue de 3 meses a 14 años (media 10, 4 años), de los cuales 36 fueron hombres y 74 mujeres. La edad promedio al momento de la cirugía fue de 11, 7 años. El diagnóstico fue de hallazgo ecográfico en 9 pacientes. El resto se diagnosticó por presentar clínica sugerente realizando la confirmación ecográfica. 6 debutaron con pancreatitis como complicación de esta patología. Los antecedentes familiares estuvieron presentes en 63 pacientes y la asociación con obesidad estuvo en 48. Los pacientes operados con técnica laparoscópica tuvieron un tiempo operatorio promedio de 65, 5 minutos (rango 30 a 120 minutos) y 94 fueron dados de alta al día siguiente de la cirugía (se realizó en forma ambulatoria en 8 pacientes). Las biopsias fueron concordantes con el diagnóstico sin presencia de casos de neoplasia.

Conclusiones: La patología biliar litiasica en pediatría es una patología que está en franco ascenso, con una clara asociación con antecedentes familiares y obesidad. La cirugía laparoscópica consideramos es la indicación para la resolución quirúrgica de estos pacientes tanto por su tiempo quirúrgico, rápida y favorable evolución postoperatoria y los resultados estéticos insuperables.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Impacto da secção do enxerto no transplante hepático pediátrico

Autores: Netto, A. A. S.; Duarte, A. A. B.; Marino, G. C.; Chinen, E. S.; Mattar, R. H. G. M.;
Gonzalez, A. M.; Martins, J. L.;
São Paulo, Brasil

Introdução: A utilização da técnica de secção do enxerto hepático permitiu a abordagem a pacientes mais jovens do que os receptores de órgão inteiro. A secção hepática é um desafio técnico devido ao maior tempo cirúrgico na bancada, com possíveis lesões do enxerto e maior possibilidade de sangramento cirúrgico.

Objetivos: Comparar dados dos transplantes pediátricos realizados com fígados inteiros e seccionados, avaliando idade, peso, AST, ALT, AP, necessidade de transfusão intra-operatória de hemácias e sobrevida de um ano no período entre dezembro/2001 e maio/2009.

Método: Foram estudadas 36 crianças submetidas a 37 transplantes hepáticos (1 retransplante) consecutivos e de doador cadáver. Dividiram-se em dois grupos: enxerto de órgão inteiro (n=19) e enxerto de órgão seccionado (14 splits/4 reduções) (n=18). Para a análise dos dados foram utilizados os testes estatísticos de Fisher e t-student.

Resultados: Em nosso estudo comparativo observamos que pacientes submetidos ao transplante de órgão inteiro apresentaram média maior de idade e peso em relação aos que receberam órgão seccionado ($p=0,0002$ e $p=0,0016$ respectivamente). A necessidade de transfusão sanguínea no intra-operatório foi maior no grupo do enxerto seccionado ($p=0,0479$). Ao analisarmos a lesão hepática através das transaminases e a função pela atividade de protrombina no segundo dia após a cirurgia, não observamos diferença significativa entre os grupos (AST $p=0,1285$; ALT $p=0,0743$; AP $p=0,1964$). A taxa de sobrevida de 1 ano dos 37 pacientes transplantados foi de 86,5%, sendo que não houve diferença significativa entre o grupo do enxerto inteiro (89,5%) e seccionado (83,3%) (Teste Fisher $p=0,47$).

Conclusão: A secção do parênquima hepático permite o transplante de crianças com idade e peso menores, tendo como consequência a maior necessidade de transfusão sanguínea no intra-operatório, sem impacto na função e na sobrevida do enxerto e do paciente.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA DE LA LITIASIS COLEDOCIANA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Autores: Molina M, Suárez M, Defagó V, Palacio M
Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.
Córdoba, Argentina

Introducción: El manejo de la coledocolitiasis en pediatría es aún controvertido. El objetivo de este estudio fue valorar la tasa de pasaje espontáneo de cálculos coledocianos y determinar el momento para la realización de colangiografía retrograda endoscópica (CPRE) prequirúrgica.

Material y método: Estudio retrospectivo de 26 pacientes de 12 años de edad promedio, con diagnóstico ecográfico de litiasis coledociana. Se conformaron 2 grupos: Grupo A con pasaje espontáneo de cálculos; Grupo B con extracción de cálculos por CPRE. Se analizó tiempo de resolución, tamaño de los cálculos y complicaciones.

Resultados: Grupo A: n = 15 (58%) [Incluye 4 pacientes con realización de CPRE sin visualización de cálculos], tiempo promedio de pasaje de cálculos 6, 9 días (1-15 días); con 73.3% (11/15) de pasaje hasta el 7° día. Tamaño de los cálculos 4, 8mm en promedio (3, 8-6, 1mm). Complicación: 1 pancreatitis leve. Grupo B: n = 11. Tiempo promedio de realización de CPRE con de extracción de cálculos 5, 3 días (1-15); con 72, 7% de extracción endoscópica hasta el 7° día. Tamaño promedio de los cálculos 10, 8mm (3-18mm). Complicación: 1 pancreatitis leve post CPRE.

Discusión: Se constató un 58% de resolución espontánea de la coledocolitiasis. Un 27% de este grupo tuvo una CPRE negativa y por la tanto fue sometido a un procedimiento innecesario bajo anestesia general. Los cálculos que pasaron sin intervención fueron menores de 6, 1mm, con un promedio de tamaño de 4, 8mm; aquellos extraídos por CPRE tuvieron un promedio de 10, 8mm y debido a que fueron tempranamente instrumentados no pudimos establecer la posibilidad de pasaje en ellos. Hasta el 7° día hubo un 73% de resolución en ambos grupos, pudiendo representar un punto de corte adecuado para decidir conducta.

Conclusión: No recomendamos la realización de CPRE prequirúrgica temprana debido a que parecería interferir con la evolución natural de la enfermedad que es el pasaje espontáneo en el 73% de los pacientes hasta el 7° día. Esto justificaría una conducta expectante durante la primera semana en pacientes no complicados, evitando intervenciones innecesarias.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

ESTENOSIS BILIAR POST-QUIRÚRGICA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PEDIATRÍA

Autores: Questa H., Ayarzabal V.
Hospital Nacional de Pediatría J. P. Garrahan
Buenos Aires, Argentina

Introducción: El manejo de la estenosis biliar post-cirugía en niños es realmente un desafío para el cirujano. Es importante un diagnóstico temprano para prevenir graves complicaciones, que incluyen desde la colangitis hasta la cirrosis biliar.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es analizar las causas, diagnóstico y terapéutica de una patología cuya incidencia es cada vez mayor y alertar a los cirujanos pediatras que deberán enfrentarse con esta enfermedad, que requiere celeridad en el diagnóstico y destreza en su tratamiento.

Material y métodos: Se revisaron en forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes que presentaron estenosis biliar en el período comprendido entre agosto de 2004 y julio de 2008. Se identificaron 8 pacientes. Se evaluaron: los hallazgos clínicos, la causa de origen de la estenosis, los métodos diagnósticos y la terapéutica empleada. También se tuvo presente la evolución y seguimiento a largo plazo.

Resultados: De los 8 pacientes 2 fueron varones y 6 mujeres. La edad promedio fue de 22 meses (r : 6 meses-15 años). La clínica fue: dolor abdominal en 6 pacientes, ictericia en 4 pacientes y colangitis recurrente en 5. La estenosis se presentó luego de cirugía de duodeno en 2 pacientes, cuatro pacientes con quiste de colédoco presentaron estenosis: 2 de ellos en la anastomosis biliodigestiva y los otros 2 estenosis intrahepática (quiste de colédoco IV a). Otros dos pacientes presentaron lesión de la vía biliar principal luego de una colecistectomía laparoscópica. La causa de las estenosis de la vía biliar principal estuvo relacionada con la técnica quirúrgica en los pacientes en que se realizaron cirugías duodenales, colecistectomía laparoscópicas y derivación biliodigestiva. La estenosis intrahepática en los quistes de colédocos IVA se atribuyen a la evolución natural de la enfermedad. En todos los pacientes se realizó en primera instancia ultrasonografía y en 4 colangiografía. A 2 pacientes se le realizó arteriografía del tronco celíaco y a otro una angiotomografía multicorte para descartar lesiones de la arteria hepática. Siete pacientes fueron sometidos a tratamiento percutáneo con drenaje de la vía biliar; en 2 de ellos se pudo realizar colangioplastia como único tratamiento. En 3 pacientes fue necesario realizar una anastomosis biliodigestiva tipo Heep-Couinaud y en otro se realizó una colédoco-yeyunoanastomosis latero-lateral. En uno de los pacientes con estenosis múltiples intrahepáticas se realizó una seccionectomía lateral izquierda. Un solo paciente que presentaba una estenosis de la vía biliar y una lesión del tronco de la arteria hepática, fue derivado a trasplante hepático con una biopsia hepática compatible con cirrosis. Todos los pacientes corregidos por vía percutánea o quirúrgica están vivos y asintomáticos.

Conclusión: La estenosis de la vía biliar en pediatría es una patología infrecuente. El cirujano pediátrico debe tener el conocimiento necesario para actuar con rapidez y lograr la desobstrucción del árbol biliar y de esa forma evitar la rápida evolución a la cirrosis que presentan estos pacientes.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

PANCREATITIS AGUDA EN NIÑOS, HOSPITAL DE COQUIMBO, AÑOS 2006 A 2009: ¿QUÉ APRENDIMOS?

Autores: Saavedra P*; Bastidas J*; Ángel M*; Alfaro R**

*Cirujano pediátrico, docente Facultad de Medicina Universidad Católica del Norte.

**Interno 6° año carrera de Medicina.

La Serena, Chile

Objetivos: Se presenta la casuística de pacientes pediátricos con pancreatitis aguda en el hospital de Coquimbo entre años 2006 a 2009. Se pretende mostrar el manejo interdisciplinario entre pediatras y cirujanos infantiles, distribución etiológica, edad y síntomas más frecuentes de presentación, curso clínico, complicaciones más frecuentes y manejo médico y quirúrgico asociados. Se pretende obtener datos que permitan diseñar una guía clínica en relación al momento y mejor sistema de realimentación del paciente pediátrico que cursa con pancreatitis aguda.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de fichas clínicas de 15 pacientes tratados por pancreatitis aguda. Análisis estadístico.

Resultados y comentarios: Se observan etiologías diversas, 5 (30%) son secundarias a trauma abdominal; 2 (13%) como complicación de un quiste de colédoco, 2 (13%) secundarias a coledocolitiasis y el resto 6 (40%) de origen no precisado, aunque se reconoce que el estudio etiológico no es exhaustivo en todos los casos por falta de medios. Tres tuvieron reingresos con el mismo diagnóstico, solo uno puede ser clasificado como pancreatitis recurrente (triglicéridos y alfa 1 antitripsina normales y sin colelitiasis). La realimentación se inició con distintos niveles de enzimas pancreáticas, sin que esto repercutiera directamente en la evolución. Los mejores parámetros para inicio de realimentación son clínicos, dolor abdominal, íleo intestinal y líquido peritoneal. Los parámetros de laboratorio no siempre se correlacionan con la clínica. Los estudios imagenológicos descartan complicaciones, pero no indican pronóstico. Los criterios pronósticos utilizados en adultos no son aplicables al niño. Se observa que la alimentación por sonda nasogástrica con BIC puede ser útil evitando las complicaciones de la sonda nasoyeyunal.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA : EXPERIENCIA SERVICIO CIRUGÍA
INFANTIL, HOSPITAL REGIONAL CONCEPCIÓN**

Autores: Drs. R. Sanhueza; Juan Enríquez; Pablo Cordero; R. Cáceres; J. Zapata.
Hospital Guillermo Gran Benavente
Concepción, Chile

Introducción: La Colelitiasis es una enfermedad poco frecuente en la edad pediátrica, que en el último tiempo, con la másificación de la ecografía, ha aumentado su diagnóstico. El tratamiento es la colecistectomía, siendo la vía laparoscópica la técnica de elección por la recuperación precoz, con el consecuente retorno a las actividades cotidianas.

Método: Revisión retrospectiva de 78 fichas clínicas de pacientes pediátricos sometidos a colecistectomía video – laparoscópica entre los años 2001- 2009, en HGGB, analizando edad, sexo, tiempo operatorio, días hospitalizados y complicaciones.

Resultados: El sexo predominante fue el femenino (55 pacientes). La edad más frecuente es entre los 13 y 14 años (40 pacientes), siendo el paciente de menor edad de 1 año 5 meses. La indicación de colecistectomía fue en su mayoría por colelitiasis, no hubo lesión de la vía biliar y el porcentaje de conversión fue de 3, 8 %. En relación al tiempo operatorio fluctuó entre entre los 55 y los 120 minutos, siendo mayor en los primeros años de experiencia. Los días de hospitalización en la gran mayoría de los pacientes fueron 2. En 3 pacientes la hospitalización se extendió por 5 días: dos porque se convirtió a la vía tradicional, y el otro, porque, además, se le realizó una esplenectomía. No hubo complicaciones infecciosas ni mortalidad asociada al procedimiento.

Conclusión: La colecistectomía laparoscópica en pediatría es un procedimiento seguro, de elección para el tratamiento de la colelitiasis, que debe seguir desarrollándose en nuestro centro.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

COLECISTECTOMÍA Y ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN UN SÓLO TIEMPO QUIRÚRGICO: SERIE CLÍNICA

Autores: Drs. Santos Marcela, Guelfand Miguel
Hospital Dr. Exequiel González Cortés –Servicio de cirugía
Santiago, Chile

Presentamos la experiencia de nuestro hospital en estas técnicas quirúrgica-laparoscópicas realizadas en forma simultánea.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia y resultados en la realización de 2 técnicas quirúrgicas laparoscópicas simultáneas. Mostrar la técnica utilizada sin necesidad de ocupar muchos puertos de trabajo ni grandes variaciones en la distribución del pabellón.

Material y método: Análisis de fichas clínicas de pacientes sometidos a esta cirugía entre enero 1999 y julio 2009.

Resultados: En este período se han realizado Colecistectomía y esplenectomía simultánea 7 pac. Todos los pacientes con diagnóstico Anemia Hemolítica 2º Microesferocitosis Congénita. 4 niñas y 3 niños, con edad promedio al momento de la cirugía de 10.2 años (3 – 15), todos con Dg. Ecográfico y con estudio cintigráfico. Todos con vacuna antineumocócica previa. En 6 pacientes se realizó técnica laparoscópica, sin ninguna conversión de este grupo. Todos los casos fueron realizados por el mismo equipo quirúrgico y en todos se utilizó sistema de coagulación por sello (ligasure, armónico). Tiempo operatorio x 180 min (160 – 210). Primero se realizó colecistectomía con extracción inmediata de vesícula. El peso promedio del Bazo fue de 901 gr (690 – 1286). Se realizó extracción en bolsa 2/6. Resto de los pacientes se extrajo a través de incisión abdominal Pfanesthiel (órganos con peso mayor o igual a 800 gr.) No hubo complicaciones intra ni post operatorias. Los pacientes fueron dados de alta en promedio al 3 día postoperatorio.

Conclusiones: Técnica segura y reproducible. Requiere entrenamiento laparoscópico previo. Importante para evitar complicaciones el uso de Energía Coagulante por Sello. En Bazos de gran tamaño la realización de Pfanesthiel para extraer el órgano es seguro y permite buenos resultados (estéticos y dolor).

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA PATOLOGÍA VESICULAR EN LA INFANCIA.
ESTUDIO MULTICÉNTRICO**

Autores: Drs. Aguilar T, Cerda J, Contador M, Correia G, Garcia I, Hermosilla P y Valdivieso JP.
Hospital Roberto del Río, Hospital Clínico Universidad de Chile y Clínica Dávila
Santiago, Chile

Introducción: La patología vesicular es prevalente en Chile y en Cirugía Pediátrica nos enfrentamos con regularidad a ella. Tanto el diagnóstico como el tratamiento de esta patología han cambiado en los últimos años.

Objetivo: Conocer los cambios en la epidemiología, etiología y manejo de la patología vesicular en nuestro medio.

Material y Métodos: Revisión retrospectiva de fichas clínicas de pacientes operados de Colelitiasis entre enero de 1998 y diciembre de 2008 (A), en tres centros hospitalarios del área norte de Santiago. Se analizaron datos epidemiológicos, forma de presentación, patología asociada, estudios diagnósticos, manejo quirúrgico, complicaciones y anatomía patológica y se compararon con una publicación de la misma área entre los años 1962 y 1975 (B).

Resultados: La serie A presenta 207 pacientes y B 231. En ambas predominan las mujeres (A=68% y B=70,9%). El diagnóstico fue más precoz en la serie A, con un 47% de menores de 12 años, contra un 24% en B. Un 20.7 % son asintomáticos en A (hallazgo ecográfico), situación que no existía en la serie B. La etiología es de origen hematológico en un 5.7% en A contra un 0.43% en B. El diagnóstico de ingreso es colelitiasis en 82% de A, comparado con 39.8% de B. El 100% se diagnosticaron por ecografía y se usó la vía laparoscópica en A. Complicaciones intraoperatorias severas: 1.93%

en A (3 lesiones de vía biliar (1.44%), y 1 hemoperitoneo) contra un 1.7% en B (4 lesiones de colédoco). Complicaciones postoperatorias: 2.89% en A (1 filtración de anastomosis de colédoco, 1 obstrucción intestinal, 3 pancreatitis y 1 infección de herida operatoria), contra un 6.92% en B (2 fístulas biliares externas, 1 estenosis de colédoco, 1 litiasis residual, 10 infecciones de herida operatoria y 2 obstrucciones intestinales). El tiempo de hospitalización disminuyó a 2.84 días en A comparado con 10.26 de B. No hubo mortalidad en A y 2 casos en B por complicaciones sépticas (0.86%).

Conclusiones: Actualmente la forma de presentación, diagnóstico y tratamiento de la patología vesicular ha cambiado. Además de diagnosticarse más precozmente, su tratamiento es seguro, requiere de menor tiempo de hospitalización y tiene menor morbimortalidad.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**DILATACIÓN CONGÉNITA VIA BILIAR: EXPERIENCIA HOSPITAL DR.
GUSTAVO FRICKE 1994 - 2008**

Autores: Reyes H, Elton A, Cáceres P, Bazán C, Rodríguez JR.
Hospital Dr. Gustavo Fricke
Viña del Mar, Chile

Introducción: La Dilatación Congénita de la Vía Biliar (DCVB) tiene una incidencia, en occidente, de 1 por cada 100.000 a 150.000 recién nacidos vivos. Embriológicamente, se asocia a una unión bilio-pancreática anómala, determinando diversos grados de dilatación de la vía biliar.

Objetivos: Describir las características clínicas, diagnóstico, tratamiento quirúrgico, y morbimortalidad de pacientes con DCVB.

Pacientes y Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectivo, de pacientes con DCVB, tratados en el servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, entre Enero de 1994 y Diciembre de 2008.

Resultados: De un total de 31 pacientes con diagnóstico de DCVB, se excluyeron 13 casos por contar con registros clínicos insuficientes. Se incluyeron 18 pacientes, once mujeres y siete hombres. La mediana de edad operatoria fue de 7 años (3.5 - 9). La presencia de dolor abdominal fue el motivo de consulta principal (12/18 pacientes), seguido por ictericia obstructiva intermitente (3/18 pacientes). En la totalidad de los casos se efectuó ecografía abdominal preoperatoria y en ocho pacientes se complementó con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Nueve pacientes presentaron DCVB tipo IV y ocho pacientes DCVB tipo I. La resección del quiste con hepaticoyeyuno anastomosis, fue el tratamiento de elección en trece pacientes, mientras que en cinco casos se efectuó esfinterotomía endoscópica, quienes se han mantenido asintomáticos. Dos pacientes cursaron con colangitis y uno con litiasis pancreática, esta requirió manejo endoscópico. La mediana de seguimiento fue de 6 años (4.25 - 8.75). No se registra mortalidad en la serie.

Discusión - Conclusión: El diagnóstico anatómico por imágenes preciso, seguido de resección más hepaticoyeyuno anastomosis constituyó una alternativa quirúrgica segura y eficaz para el manejo de pacientes con DCVB. La morbilidad postoperatoria es baja, y se asoció fundamentalmente a un caso con cistoduodenoanastomosis previa. La CPRE constituye una alternativa terapéutica mínimamente invasiva efectiva en estadios iniciales seleccionados.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**ABORDAJE DE TUMOR NEUROGÉNICO DE MEDIASTINO POR
VIDEOTORACOSCOPIA**

Autores: Alexis Sanhueza U., Eduardo Mora A.
Hospital de Carabineros
Santiago, Chile

Introducción: Los tumores mediastínicos de origen neurogénico, son poco frecuentes, muchas veces no dan síntomas, apareciendo incidentalmente en estudios radiológicos, siendo necesario confirmar la etiología y el grado de diferenciación celular con estudio histopatológico, para lo cual se debe realizar un procedimiento que aborde en forma adecuada la masa tumoral.

Descripción: Presentamos un paciente de 4 años 11 meses de edad, que como hallazgo incidental en una Radiografía de Tórax, tomada por presentar cuadro respiratorio, se encuentra una imagen nodular en hemitorax derecho. Se completa estudio con TAC y RNM, confirmando masa paravertebral de aproximadamente 64 x 50 x 43 mm., que se extiende desde C7 a T1, correspondiente a mediastino superior derecho. Se descarta compromiso pulmonar y espinal. Se decide realizar Cirugía por Videotoracoscopia, con óptica de 4 mm 30° y dos puertos de trabajo de 5 mm, comprobándose masa mediastínica superior derecha, se toma muestra para biopsia rápida que es informada como Ganglioneuroma, procediéndose a la resección del tumor por la misma vía. El informe diferido del estudio de Anatomía Patológica confirma diagnóstico de Ganglioneuroma. La evolución postoperatoria es favorable, observándose aparición de Ptosis palpebral derecha leve, evaluado por Neurólogo se confirma S. de Claude Bernard Horner derecho incompleto. A 5 meses de la intervención, su evolución ha sido satisfactoria, presentando regresión de su ptosis palpebral.

Revisión: Los Ganglioneuromas son tumores benignos poco comunes que se presentan en aproximadamente 1 por 100.000 niños, originándose en células nerviosas simpáticas. Considerando la necesidad de establecer diagnóstico diferencial de la masa tumoral, es necesario realizar abordaje quirúrgico para realizar estudio histopatológico. En el manejo de este caso clínico se destaca el abordaje adecuado de la región apical de mediastino derecho, para la toma de biopsia y la extirpación tumoral a través de Videotoracoscopia.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

ATRESIA ESOFÁGICA SIN FÍSTULA (LONG GAP): MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO

Autores: Guelfand M., Santos M.
Hospital Exequiel González Cortés
Santiago, Chile

Introducción: La atresia esofágica en los últimos años ha sido manejada por vía toracoscópica. Eso sí, la atresia sin fístula (long gap) siempre ha presentado dificultad en su manejo inicial y reparación final, teniendo como finalidad el conservar el esófago nativo.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia en el manejo de la atresia esofágica sin fístula (long gap) y la técnica mínimamente invasiva utilizada en su reparación.

Paciente y Métodos: Se revisaron las fichas y grabaciones de los 2 pacientes con atresia esofágica sin fístula o long gap en que se realizó un manejo mínimamente invasivo en su reparación.

Resultados: 2 pacientes fueron manejados en forma mínimamente invasiva. Ambos fueron manejados con una gastrostomía laparoscópica al nacimiento para su alimentación. Además se mantuvieron con manejo del cabo esofágico proximal durante 6-8 semanas para el control de la saliva. Se realizaron mediciones de la distancia de los cabos cada 2 a 3 semanas hasta conseguir una distancia igual o menor de 2 cuerpos vertebrales. Al conseguir este objetivo, se realizó un abordaje toracoscópico para realizar una anastomosis término-terminal de ambos cabos esofágicos.

Conclusión: El manejo mínimamente invasivo de la atresia esofágica sin fístula es una opción válida y segura. La reparación toracoscópica de esta alteración esofágica logra además una visualización y magnificación que incluso ayuda en la reparación final.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO VIDEOENDOSCÓPICO DE LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO EN LIMA-PERÚ

Autores: Suárez J.H., Ortega L., Gamboa S., Apaza J.L., Arcaya J.
Instituto Nacional De Salud Del Niño
Lima, Perú

Introducción: La video endoscopia tiene múltiples beneficios y su utilización con fines diagnósticos y terapéuticos ha marcado un significativo descenso en la morbilidad de los pacientes pediátricos con patología diafragmática en el Perú. Reportamos los primeros casos de cura quirúrgica por video endoscopia desde mayo del 2007 hasta la fecha, realizadas en el instituto de salud del niño y en el hospital de emergencias pediátricas.

Objetivos: Determinar la incidencia de hernia diafragmática, técnicas quirúrgicas empleadas, morbimortalidad asociada y estancia hospitalaria.

Materiales y Métodos: Se revisaron las historias clínicas de los 9 pacientes operados por video endoscopia durante el período de Mayo del 2007 a Agosto del 2009.

Resultados: El rango de edad fue de 4 días a 11 años de edad, la edad promedio fue de 1 año 8 meses, encontrándose la mayor frecuencia en el sexo femenino, 5 casos (55%), siendo la hernia diafragmática izquierda la más frecuente con 6 casos (66%). se realizo en 8 pacientes video toracosopia para la cura quirúrgica y solo uno se realizo por vía abdominal, el rango de la estancia hospitalaria fue de 4 a 7 días con un promedio de 5, 7 días, la permanencia del dren toracico fluctúo entre 2 a 6 días con un promedio de 3, 3 días, solo un paciente fue reintervenido al año por presentar recidiva, no hubo mortalidad en ninguna de las técnicas empleadas.

Discusiones y Conclusiones: En nuestra experiencia, la cura quirúrgica por medio de videoendoscopia fue un procedimiento con baja morbilidad y sin mortalidad, lo que constituye un procedimiento seguro y efectivo para el tratamiento de la hernia diafragmática congénita.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LA MALFORMACIÓN
ADENOMATOIDEA QUÍSTICA (MAQ)**

Autores: Elmo GR, Toselli L, Vagni RL, Liberto DH, Lobos PA
Hospital Italiano de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Introducción: Las MAQ son diagnosticadas con frecuencia a través de la ecografía prenatal. Este tipo de lesiones frecuentemente son asintomáticas al nacimiento pero deben tratarse por el riesgo de infecciones pulmonares que comprometan la vida del paciente. El propósito de este trabajo es presentar la resolución de estas patologías con cirugía mini-invasiva como alternativa al tratamiento convencional.

Método: Se presentan 2 pacientes con diagnóstico prenatal de MAQ, clínicamente asintomáticos, que fueron operados electivamente por videotoracoscopia. Las edades de los pacientes fueron de 2 y 4 meses. Se realizó una cirugía videoasistida, con instrumental de 3 mm, extrayendo la pieza quirúrgica por una pequeña incisión axilar.

Resultados: En los dos pacientes se encontraron vasos de secuestro pulmonar que fueron ligados. Las lobectomías se completaron sin necesidad de conversión y en los dos casos fueron del lóbulo inferior izquierdo. No hubo complicaciones intraoperatorias. El tiempo quirúrgico promedio fue de 180 minutos. El drenaje pleural fue dejado por 48 horas y el alta quirúrgica se otorgó a las 72 horas del postoperatorio. Las radiografías de control mostraron expansión completa al alta hospitalaria.

Discusión: La lobectomía pulmonar por vía toracoscópica en lactantes puede ser una alternativa segura y efectiva. La cirugía mini-invasiva permitiría evitar toracotomías, con reducción del dolor postoperatorio, menor estadía hospitalaria y mejor resultado cosmético. La real indicación de esta técnica deberá ser validada por un mayor número de casos.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**UTILIDAD DE LA COLANGIORESONANCIA EN LAS DILATACIONES
QUÍSTICAS DE LA VÍA BILIAR**

Autores: Elmo GR, Vagni RL, Toselli L, Liberto DH, Lobos PA
Hospital Italiano de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Introducción: La dilatación quística de la vía biliar es una patología congénita poco frecuente. El diagnóstico diferencial con otras patologías quísticas de la cavidad abdominal es fundamental para tratar esta patología en el período neonatal, antes de que se produzcan cambios irreversibles en el parénquima hepático. La secuencia de estudios complementarios para el estudio de pacientes con sospecha de quiste de colédoco incluyen la ecografía,

la colangiografía por resonancia magnética nuclear (RMN), la colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) y la colangiografía intraoperatoria. El propósito de este trabajo es resaltar la exploración laparoscópica con o sin colangiografía para diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

Métodos: Se presentan tres pacientes con diagnóstico prenatal de quiste de colédoco confirmado por ecografía postnatal y RMN. La edad de los pacientes fue de dos, tres y cuatro meses. Se realizó laparoscopia exploradora con trócares de tres mm y 6 mm Hg de presión abdominal.

Resultados: En los tres pacientes, el diagnóstico definitivo fue distinto del presuntivo según los hallazgos intraoperatorios. Se observaron dos quistes hepáticos simples y una atresia de vías biliares tipo III con quiste. La colangiografía intraoperatoria no fue necesaria en ningún caso por observar la vía biliar indemne en los quistes hepáticos e imposibilidad de cateterizar la misma en la atresia. Se realizó el tratamiento de las lesiones quísticas por laparoscopia y en la atresia de vías biliares, la operación de Kasai videolaparoscópica. No hubo complicaciones intraoperatorias. Los pacientes presentaron buena evolución postoperatoria de acuerdo con su patología de base con los beneficios de la cirugía mini-invasiva.

Conclusión: Dada la imprecisión de los métodos complementarios a la fecha para predecir el diagnóstico de lesiones quísticas de la vía biliar en edades tempranas de la vida, la cirugía mini-invasiva representa el método de elección para el diagnóstico y tratamiento de esta patología evitando así anestesias innecesarias para estudios de alta complejidad.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

QUISTE HIDATÍDICO RETROPERITONEAL. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Autores: Arias Alejo Javier, Morandini Miguel, Barrionuevo Carlos, Ledesma Juan Carlos
Hospital Interzonal de Niños Eva Peron
Catamarca, Argentina

Resumen: Hidatidosis: zoonosis prevalente de nuestra provincia. Ocasionada por el estadio larvario del equinococcus granuloso. Las localizaciones más frecuentes de quistes hidatídicos son hígado y pulmón (80 al 90%) La localización retroperitoneal es infrecuente. Graficar en imágenes el abordaje laparoscópico diferido, que fue la opción terapéutica utilizada. Paciente masculino, 5 años. Nativo de Belén. Consulta (3/7/08): dolor abdominal postprandial en flanco e hipocondrio derecho. Ecografía abdominal: imágenes quísticas: una hepática (lóbulo derecho) de 2x2x2 cm y otra en retroperitoneo en relación anteromedial con riñón derecho de 8x6x8 cm. Tomografía de abdomen confirma quistes. Hidatest negativo, positivizado luego de tratamiento con albendazol (15 mg/kg/día c/8 hs durante 1 mes). Evolución favorable. Continua tratamiento hasta completar 4 ciclos.(12/11/08) Recurren síntomas. Tomografía abdominal: constata menor tamaño, desprendimiento de capa germinal (signo del camalote) del lesión hepática y disminución de tamaño de quiste retroperitoneal 6x7x6 cm. Realizamos tratamiento quirúrgico laparoscópico transperitoneal (técnica quirúrgica utilizada en hidatidosis hepática): apertura de peritoneo parietal posterior, punción quística, extracción de liquido, introducción de solución hipertónica de sodio, aspiración del contenido. Apertura de cele, extracción de capa germinal. Tiempo operatorio 60 minutos. Estadía hospitalaria 3 días. Seguimiento 292 días sin recurrencia de síntomas. Controles ecográficos (3 y 6 meses postoperatorios): quiste hepático con signos de calcificación, ausencia de quistes retroperitoneales. Según centros de mayor casuística con protocolos preestablecidos el índice de resolución espontánea de lesiones quísticas mayores a 6 cm es del 5%. El manejo con albendazol es necesario previo al tratamiento quirúrgico ya que minimiza el riesgo de siembra. Nuestro reporte destaca persistencia de lesión retroperitoneal y síntomas, lo cual motivo tratamiento quirúrgico. El abordaje transperitoneal fue estratégicamente acertado dada la localización del quiste. Con resolución de la dolencia.

Estenosis congénita del esófago. Resolución laparoscópica

Autores: Courel J., Baez J.J.N., Mesples G., Mercado C., Casado R., Rassi R.
Servicio de Cirugía Infantil y Laparoscopia pediátrica
Hospital Infantil de Córdoba
Córdoba, Argentina

Objetivo: La estenosis esofágica debido causa intrínseca es una enfermedad no común que suele presentarse con vómitos y fallo en el crecimiento. Afección extremadamente rara con una incidencia estimada en 1 en 25 mil-50 mil nacidos vivos. El tratamiento inicial consiste usualmente en dilataciones intraluminales, reservándose la Cirugía sólo a aquellas sin respuesta a la misma.

Material y metodos: Paciente de sexo femenino de 1 año y 8 meses de edad. Antecedente de SOB y estrechez de válvula aortica, vómitos persistentes, disfagia progresiva y estancamiento en la progresión del peso desde el 8 mes de vida, peso de 7,600 kg (pc- 3) déficit del 30% , TEGD: esófago a nivel del tercio medio con distal con estrechez persistente de 4 mm de longitud con pasaje de contraste dificultoso por la misma, con estasis de medio de contraste; sugestivo de estenosis esofágica. Fibroesofagoscopia progresa hasta 18 cm de ADS con stop NO pudiendo llegar a estómago. Se programa dilatación con balón ureteral de 7 fr siendo dificultoso franquear la zonaestenótica. Se decide corrección quirúrgica (Resección de estenosis por vía toracoscópica derecha). Se realiza esofagectomía completa y posterior sutura esofágica a puntos separados de pds 5.0 con sonda transanastomotica y drenaje al lecho.

Resultados: Tiempo quirúrgico de 135 minutos. Alimentación al 3 día por sonda. Día 7 nuevo tránsito con buen pasaje de contraste a estómago con escasa fuga a nivel de anastomosis. Día 13 persistencia de la fistula con escaso débito a través de sonda pleural, se comienza con alimentación por vía parenteral. Escasa progresión del peso por lo que el día 23 se realiza gastrostomía laparoscópica y sonda transpilorico. Alta al día 25. Nuevo tránsito al día 30 con cierre completo de la fistula con pequeña zona de estrechez de aproximadamente 2 mm de longitud en zona anastomótica con moderada dilatación prestenótica. Sin fistula. Buen pasaje a estómago. Sin reflujo gastroesofágico. Al mes 3 endoscopia con pasaje aceptable a través de la anastomosis y sin dificultad. Se retira gastrostomía.

Conclusiones: El diagnóstico de la E.C.E es dificultoso y el abordaje terapéutico controversial. Si bien el tratamiento tradicional de esta patología es la dilatación mediante buginaje o balón bajo guía fluoroscópica. El abordaje toracoscópico en nuestra experiencia inicial aparece como una alternativa factible y con buen resultado postquirúrgico.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Operación de Malone . ¿Mejoría de la continencia ?

Autores: Navarro R., González D., Guisasola A., Ficcardi J.C.
Hospital Humberto Notti
Mendoza, Argentina

Introducción: El uso de conductos cateterizables en tubo digestivo, en pacientes incontinentes y/o constipados graves y rebeldes a otros tratamientos incruentos, es motivo de distintas consideraciones.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en conductos cateterizables continentes de tubo digestivo, con incontinencia y/o constipación que no han respondido a diversos métodos incruentos de tratamiento.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo del análisis de historias clínicas en un período de 10 años (1998-2008). Se presentan 16 casos. 12 pacientes con Incontinencia y 4 con Constipación. Fueron evaluados: Edad, sexo, patología de base, cirugías previas, motivo de la indicación, técnica quirúrgica, complicaciones y evolución. **Resultados:** 10 pacientes con buen resultado, sin manchado ni constipación luego de un período de más de 2 años de seguimiento. 4 de ellos dejaron de usar el conducto. 5 pacientes mejoraron su situación y tienen manchado y/o constipación ocasional. 1 paciente se perdió del control.

Conclusiones: Consideramos que nuestros resultados son buenos y alentadores, siendo la mejor opción frente a una colostomía permanente.

Comentarios: El método aplicado tuvo una gran aceptación y satisfacción de los padres y pacientes. Destacamos que el método sirvió en 4 pacientes para que tomaran conciencia de la importancia de estar "limpios" y lograron controlar su incontinencia abandonando el uso del conducto cateterizable.

NUESTRA EXPERIENCIA CON EL MALONE LAPAROSCÓPICO

Autores: Jorge García Andrade, Susana Mejía, Alejandro Chiriboga, Miguel Ugazzi
Hospital Millennium, Hospital Docente Ambato
Ambato, Ecuador

Introducción: Desde 1998 venimos practicando la técnica de Malone en pacientes portadores de estreñimiento intratable secundario a varias patologías de base. Hemos realizado un total de 11 apendicostomias continentales con la técnica descrita por el autor. En 5 casos realizamos el Malone clásico con desinserción a nivel de la base del apéndice y reanclaje antiperistáltico del fondo apendicular en el ciego por vía abierta. Desde el 2004 venimos realizando la técnica modificada por vía laparoscópica, en la cual se fabrica una valva de Nissen en el ciego que envuelve la base del apéndice y se controla la calibración de la válvula por vía laparoscópica con el objeto de crear la apendicostomía continente. Hemos intervenido a 6 pacientes con esta técnica.

Material y Métodos: En 5 años hemos intervenido por vía laparoscópica 6 pacientes de ambos sexos en edades comprendidas entre 4 años a 17 años de edad. En el presente trabajo comparamos los beneficios y diferencias del Malone modificado laparoscópico versus la técnica clásica.

Resultados: De los 6 casos, 4 corresponden a mujeres. Respecto a la edad; varió entre 4 años en una niña portadora de MAR con fístula vestibular que evolucionó con estreñimiento intratable y megacolon descompensado, hasta un joven de 17 años con estreñimiento intratable secundario a agenesia sacra. 4 de los 6 casos fueron portadores de vejiga neurógena asociada. Respecto a la técnica laparoscópica; la misma se realiza con abordajes de 5 mm umbilical, suprapúbico y en las fosas iliacas bilaterales. A nivel de la tenia anterior del ciego realizamos un prolapso de la mucosa para insertar la base y crear la válvula de continencia tipo Nissen, la misma que es fabricada con seda o ethibond. Tuvimos evolución postoperatoria satisfactoria en los 5 casos con alta a las 24 horas. Al momento todos los pacientes están asintomáticos y gozan de buena función evacuatoria rectal. Sus microostomas trabajan perfectamente recibiendo el cateterismo y lavado anterogrado cada tercer día. Por otro lado son apendicostomias con 100% de continencia.

Discusión: La técnica de Malone modificada por vía laparoscópica constituye una excelente alternativa en el manejo del paciente con estreñimiento intratable, favorecida con todas las ventajas que ofrece la cirugía de mínimo acceso. En nuestros casos exteriorizamos el apéndice con asa en sentido peristáltico y sin desanclar la base del ciego; manobra que minimiza complicaciones como fístulas cecales. La válvula de ciego tipo Nissen de 360 grados la calibramos bajo visión laparoscópica, con lo que hemos tenido 100% de continencia en nuestros pacientes.

Conclusiones: En los 6 casos hemos tenido 100% éxito en parámetros de continencia, función y estética de las apendicostomias. Al momento nuestros pacientes gozan de los beneficios de la técnica y se manejan con enemas anterogrados fáciles de realizar cada tercer día.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**GASTROSQUISIS: EXPERIENCIA 2001- 2009 HOSPITAL REGIONAL
CONCEPCIÓN**

Autores: Drs. R. Sanhueza; S. Rojas; P. Cordero; R. Cáceres; J. Zapata.
Hospital Guillermo Gran Benavente
Concepción, Chile

Objetivo: Se revisa la experiencia local en relación a las gastrosquisis, motivados por el aumento de la incidencia de esta patología y en los buenos resultados obtenidos, concordante con las publicaciones sobre el tema en los últimos años.

Método: Se realiza una revisión retrospectiva de fichas clínicas de casos de gastrosquisis entre los años 2001 y 2009, hospitalizados en el HGGB. Del total de 29 casos, sólo se logra recuperar 27 fichas. Se determina edad, paridad y hábitos maternos, además de datos relacionados con la cirugía y la evolución del neonato.

Resultados: En relación a datos maternos, corresponden en su mayoría a primigestas precoces y cercano a un tercio relató consumo de tabaco, alcohol y /o drogas. Prácticamente en todas, existe el diagnóstico antenatal. Edad gestacional promedio fue de 36 semanas al nacimiento, con un peso de 2260 y afecciones asociadas en 6 pacientes, entre genopatías, malformaciones y secuelas de lesiones vasculares del intestino. La cirugía se realizó en promedio a las 7, 48 hrs. Post nacimiento, realizando cierre primario en el 64% de los casos. La mortalidad fue de un 12%, las cuales fueron por complicaciones infecciosas.

Conclusiones: La serie presentada concuerda con otras publicaciones en relación al aumento de la incidencia de esta patología. Creemos que se pueden mejorar los resultados. Es básico el diagnóstico antenatal, cirugía oportuna con técnica estandarizada según sea el caso particular. Se propone un protocolo para el manejo de esta entidad.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Experiência de um hospital universitário brasileiro ao longo de 20 anos no tratamento de gastrosquises

Autores Miranda ME, Cruzeiro PCF, Piçarro C, Paixão RM, Pontes AK, Campos BA, Tatsuo ES.
Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte , Brasil

Objetivo: Descrever a experiência com tratamento de recém-nascidos portadores de gastrosquise, em hospital universitário, para conhecer variáveis associadas com a morbi-mortalidade.

Método: Análise retrospectiva dos prontuários. Variáveis estudadas: diagnóstico intra-útero, tipo de parto, idade materna, idade gestacional, sexo e peso, momento da operação, técnica cirúrgica, relaxantes musculares no CTI, tempo de ventilação mecânica e de nutrição parenteral, início da dieta oral, complicações, taxa de mortalidade. Análise estatística univariada e multivariada (Software SPSS).

Resultados: Total: 88 recém-nascidos - 35 no período de 1989-2001 (2,69/ano), e 53 no período de 2002-2008 (7,57/ano); sexo masculino: 45 (51,1%); diagnóstico pré-natal: 64 (72,7%); peso médio: 2.342gr; idade gestacional: 36,1 semanas; parto vaginal 21 (23,9%); idade à operação: média de 8,6 horas e mediana de 4,0 horas; fechamento primário em 44 (50%), sendo 11/35 até 2001 e 33/53 após 2002 ($\chi^2 = 8,02$, $p=0,0046$); tempo em ventilação mecânica: média de 12,9 dias e mediana de 9,0 dias; tempo de NPT: média de 25 dias; idade de início de dieta oral: média de 22,8 dias e mediana 15,0 dias. Variáveis com maior risco de óbito, análise univariada: peso < 1.500gr; idade gestacional < 34 semanas; não usar relaxante muscular; NPT < 14 dias; não ter iniciado dieta oral; apresenta de choque séptico ou cardiogênico. Na análise multivariada, apenas estas três últimas variáveis foram consideradas fatores de risco de óbito. Óbito: 23/88 (26,1%). Mortalidade até 2001: 12/35 (34,2%), e no período de 2002-2008: 11/53 (20,75), $p=0.15$.

Conclusão: No período de 2002–2008, houve aumento da prevalência de gastrosquise, e o percentual de fechamento primário aumentou significativamente, com o uso de relaxantes musculares, nos primeiros dias de pós-operatório. Houve redução da mortalidade após 2002, porém não houve diferença estatisticamente significativa. A taxa de mortalidade ainda é alta, o que demanda maiores avanços no manejo perinatal.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

REVISIÓN DE GASTROSQUISIS Y ONFALOCELE EN LA II REGIÓN DE ANTOFAGASTA

Autores: Echeverría Sepúlveda P., Cerda Quijón V., Lagos González D., Aliaga Palma J., Weibel Barahona A., Muñoz Ramos V.
Hospital Regional Antofagasta
Antofagasta, Chile

Introducción: Gastrosquisis (G) y Onfalocele (O) son las malformaciones congénitas (MC) más frecuentes del grupo de defectos de la pared abdominal, sin embargo, la etiopatogenia, incidencia y pronóstico son muy diferentes.

Objetivo: Describir prevalencia, diagnóstico prenatal, factores asociados, manejo y morbimortalidad en Hospital Clínico Regional Antofagasta (HCRA).

Material y Método: Revisión de fichas clínicas de los pacientes afectados por alguna de las patologías y de sus madres entre los años 2004 y 2008.

Resultados: Se encontraron 4 casos de onfalocele y 11 de gastrosquisis. 14 pacientes tuvieron diagnóstico prenatal. La prevalencia de onfalocele fue de 3,1 y la de gastrosquisis fue de 8, 5 x 10.000 RNV. La mitad de los RN con onfalocele, presentaron otras MC asociadas, mientras que sólo 1 gastrosquisis presentó otra MC (atresia intestinal). En ambas patologías la edad gestacional al momento de la interrupción del embarazo fue de 36, 5 semanas. La edad materna promedio para onfalocele fue de 24,5 años y para gastrosquisis 22,2. 10 gastrosquisis se resolvieron con cierre primario y 4 con cierre diferido (1 estuvo fuera del alcance médicoquirúrgico). 3 onfalocelos se resolvieron con cierre primario y 1 diferido. 3 gastrosquisis (27%) y 2 onfalocelos (50%) fallecieron.

Conclusión: La prevalencia de onfalocele es similar a la encontrada a nivel nacional, sin embargo la de gastrosquisis es 8 veces mayor, sin evidenciar un aumento en el tiempo. Nuestro diagnóstico prenatal fue óptimo. La frecuencia de MC asociadas son homologables a las descritas en la literatura. La mayoría de los casos fueron resueltos con cierre primario. La mortalidad de onfalocelos fue la esperada según la literatura, sin embargo la de gastrosquisis fue mayor, siendo importante mencionar que no se debieron a causas quirúrgicas directamente.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**GASTROSQUISIS: Nuestra experiencia en el Centro Hospitalario Pereira
Rossell . 2005 – 2009**

Autores: Dr. C. Michelena
Uruguay

Introducción: El objetivo de nuestro trabajo es mostrar los resultados obtenidos en el manejo de la gastrosquisis ajustándonos a un protocolo que jerarquiza tres puntos: el manejo prenatal con marcadores ecográficos, el manejo peri natal vinculado al tratamiento de las asas intestinales y su degravitación y la técnica de cierre parietal midiendo la presión intraabdominal.

Material y métodos: Se analizan 37 recién nacidos con diagnóstico de Gastrosquisis en un período comprendido entre Enero del 2005 a julio del 2009.

La edad gestacional correspondió una media de 36 s. 33 pacientes de la serie (89.4%) fueron intervenidos en las primeras 6 horas de vida y 4 (10.6%) entre las 12-24 hs.

Resultados: En recepción se aplicó el protocolo para el manejo de Gastrosquisis. En 35 pacientes se realizó medición de presión abdominal y como procedimiento primario plastia parietal en 26 pacientes, Bianchi en 2, plastia sobre PTFE 2, Plastia-Ileostomia 1, Plastia anast T-T 1 Plastia sobre silo 5. La media de APT fue 20 días (rango 10-75 días), el inicio de alimentación enteral presentó una media de 11 días con un rango entre los 2 y los 44 días. Hubo 5 fallecidos (11.3% de la serie), en 3 se realizó plastia sobre silo, la causa de muerte correspondió a hemorragia digestiva grave, shock séptico y ECN y sepsis, las 2 restantes muertes fueron por Síndrome de compresión cava. En ellos no fue medida la presión abdominal durante el procedimiento de cierre parietal. La edad al alta presento una media de 32 días con un rango entre los 12 y 92 días.

Conclusiones: El cierre parietal primario mostró valores significativos en: mayor sobrevida, menor estadía hospitalaria, inicio precoz de la alimentación enteral y disminución de la alimentación parenteral.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

GASTROSQUISIS: CIERRE PRIMARIO UTILIZANDO TÉCNICA DE DOBLE JARETA Y PRESERVANDO EL MUÑÓN UMBILICAL. LOS PRIMEROS 11 CASOS

Autores: Estrada R., Isaac; Estolano, Gustavo; Gaytan, José Luis; Aguilar S., Gloria
Instituto Mexicano del Seguro Social
Ciudad Tijuana, Baja California, México

Introducción: Se ha escrito mucho sobre el momento ideal de nacimiento de un niño con gastrosquisis, el manejo médico, y algunas técnicas quirúrgicas para cierre primario o para colocación de silo y el posterior cierre de la pared abdominal, sin embargo son pocas las técnicas que describen y simplifican el abordaje quirúrgico primario. El autor presenta una técnica que permite un cierre primario en gastrosquisis, la cual es sencilla, reproducible y con resultados cosméticos muy buenos, y que ha sido utilizada en pacientes con gastrosquisis simple y complicada, la cual no es casualidad, sino una modificación evolutiva de las técnicas habituales de cierre primario.

Material y Métodos: Análisis retrospectivo, descriptivo, en que se presentan los resultados de los primeros 11 pacientes utilizando esta técnica, la cual se llevó a cabo bajo anestesia general orotraqueal, con o sin bloqueo caudal, en quirófano y utilizando como mesa quirúrgica una cuna térmica. El procedimiento quirúrgico incluye: acceso venoso central utilizando venodisección safena derecha con catéter 4 french de doble lumen, asepsia y antisepsia con solución de isodine diluido de la pared abdominal y asas intestinales, colocación de sonda orogástrica número 12 french, incisión del borde de piel del defecto con bisturí y electrocauterio monopolar en toda la circunferencia incluyendo el muñón umbilical, pero dejándolo en su sitio y disección de 2 centímetros de la aponeurosis. Se colocó una doble jareta con vicryl 0 o 2-0 en toda la circunferencia del defecto previo a la reintroducción de las asas intestinales y en los casos que fue posible se realizó separación de las adherencias laxas y vaciamiento del intestino mediante expresión manual gentil, se introdujeron las asas a la cavidad abdominal y se finalizó con una sutura continua de la piel al muñón umbilical con vicryl 4-0 o 5-0. En casos que no fue posible la reintroducción fácil del intestino se incidió la aponeurosis en sentido longitudinal superior, uno a dos centímetros, para posteriormente cerrar las jaretas. Al remanente del cordón umbilical se le coloca una sutura transfixiva con vicryl 2-0 o 0, a un centímetro del cierre de la piel y se deja en su sitio, cortando el resto y aplicando solución de isodine diario hasta su caída espontánea.

Resultados: En un período de 3 años, de enero del 2005 a enero del 2008 se atendieron 11 pacientes con gastrosquisis. 7 niños y 4 niñas, de los cuales 4 tenían 34 a 35 semanas de gestación, el resto de término, 10 fueron obtenidos por cesárea con un peso promedio de 2,728 grs. 7 fueron gastrosquisis simples y 4 complicadas. Dos pacientes requirieron de resección y anastomosis intestinal, por perforación intestinal en uno, y necrosis de todo el intestino delgado en otro, y a uno se le realizó resección de membrana intraluminal y cierre tipo mikulicz en colon ascendente.

La estancia promedio fue de 33,6 días. El manejo con ventilador mecánico fue en promedio de 3 días. El inicio de la vía oral en promedio tardó 22 días. Solo tuvimos dos defunciones uno por tener muy bajo peso y malformaciones congénitas asociadas a los 3 días de vida, y el otro a los cuatro meses de vida por sepsis y síndrome de mala absorción. 8 pacientes se operaron dentro de las primeras 24h de vida. Dos pacientes tuvieron hernia ventral pequeña las cuales están en proceso de cierre espontáneo.

Conclusiones: Nuestra serie aunque pequeña muestra una incidencia de gastrosquisis alta que varía de 1 en 1500 RNV a 1 en 2500 RNV en el hospital. Solo tuvimos una defunción quirúrgica debida a malformaciones agregadas y muy bajo peso al nacer. Se propone una técnica quirúrgica nueva para el manejo de gastrosquisis simple y complicada, muy sencilla, segura, fácil de reproducir, con resultados cosméticos superiores a los de la literatura mundial, y que puede ser efectuada en cualquier institución que cuente con unidad de cuidados intensivos neonatales. La mortalidad y complicaciones observadas son similares a la observada en la literatura mundial.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Anastomosis primaria en Enterocolitis Necrotizante en menores de 1500 gramos . Un posibilidad segura y eficaz

Autores: Guelfand M, Santos M,
Hospital Exequiel González Cortés
Santiago, Chile

Introducción: La anastomosis primaria en enterocolitis necrotizante ha sido una posibilidad terapéutica hace ya varios años. Este tipo de manejo en pacientes menores de 1500 gramos no ha sido bien demostrada.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia en el manejo con anastomosis primaria en pacientes menores de 1500 gramos con enterocolitis necrotizante.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de los recién nacidos de menos de 1500 gramos que requirieron de cirugía debido a una enterocolitis necrotizante entre Marzo del 2002 y Marzo del 2009.

Resultados: 26 recién nacidos, con menos de 1500 gramos se operaron en este período. Peso promedio de 892 gramos (650 –1450). En 20 se realizó resección intestinal y anastomosis primaria. En 3 casos se realizaron 2 anastomosis intestinales. En otros 3 casos, solo se realizó resección y una ostomía debido a las condiciones del paciente. En 5 de los 26 pacientes con anastomosis primaria se realizó un drenaje peritoneal previo. No hubo ninguna complicación quirúrgica en 21 pacientes, incluidos los 3 con doble anastomosis. Hubo 4 pacientes que fallecieron debido a sepsis, sin manifestar ninguna complicación quirúrgica. Solo 1 paciente presentó una obstrucción intestinal a los 8 meses de edad.

Conclusión: El resultado de anastomosis primaria en enterocolitis necrotizante en menores de 1500 gramos en esta serie es homologable a las otras técnicas usadas.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

ESTENOSIS CICATRIZAL POST ECN, ES POSIBLE EL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO?

Autores: Martínez Ferro M, Bignón H, Buela E, Millán C, Bellía Munzón G, Gallino E
Fundación Hospitalaria – Hospital Privado de Niños
Buenos Aires – Argentina

Introducción: Si bien la mayoría de los pacientes tratados médicamente se recuperan de la enterocolitis necrotizante (ECN), en el 10-30% de los casos se evidencia estenosis cicatrizal del segmento intestinal comprometido. El diagnóstico está dado por la clínica y por los hallazgos radiográficos. Se lo confirma mediante el colon por enema. Según lo reportado en la literatura, la resección quirúrgica se limita a la cirugía abierta. En el presente trabajo, reportamos una serie original de neonatos resueltos exitosamente por laparoscopia.

Casos Clínicos: Se revisaron las historias clínicas y videos de neonatos prematuros, de un peso inferior a 2,1 Kg y cuya ECN fue tratada médicamente. Resuelto el cuadro clínico, entre las 3-5 semanas posteriores, presentaron un episodio compatible con oclusión intestinal. El colon por enema corroboró el diagnóstico de estenosis del colon sigmoideo distal y del ángulo esplénico en el caso 1, del colon descendente en el caso 2, del colon sigmoideo y del recto en el caso 3. Para la cirugía laparoscópica se emplearon distintas tácticas quirúrgicas en función de la ubicación y de la cantidad de colon estenosado. En todos los casos, la escasa visibilidad debido a la distensión de las asas fue resuelta por punción intestinal transparietal aspirando el contenido gaseoso; asimismo se identificaron, resecaron y anastomosaron los segmentos intestinales comprometidos. El diagnóstico patológico reveló inflamación, adhesiones enteroparietales y fibrosis. Los pacientes se recuperaron favorablemente.

Conclusión: No hay publicaciones de series de casos sobre esta patología a nivel internacional. El abordaje laparoscópico es factible y bien tolerado por los neonatos. Dada nuestra experiencia inicial podría considerarse una alternativa diagnóstica y terapéutica. Estudios comparativos arrojarán un mejor nivel de evidencia.

Palabras Clave: Enterocolitis Necrotizante, Estenosis Intestinal, Abordaje Laparoscópico.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

PERFORACIÓN GASTROINTESTINAL EN RECIÉN NACIDOS ANÁLISIS DE 25 CASOS

Autores: Arauz, M; Urquidi, M; Acevedo, J; Ismael, M
Caja Nacional de Salud
Cochabamba, Bolivia

Resumen: Fue realizado un estudio retrospectivo de recién nacidos con diagnóstico de perforación intestinal, internados en el período de agosto 1998 a diciembre de 2008 en el Hospital # 2 de la Caja Nacional de Salud, Cochabamba, Bolivia. La edad media fue de 3, 3 días. Hubo predominio del sexo masculino y de raza blanca. La mayoría tuvo algún tipo de estrés perinatal 68%. La distensión abdominal ocurre en 96% de los casos acompañada de disturbios respiratorios y vómitos. Las perforaciones ocurrieron en la primera semana de vida en 96% de los casos, siendo 48% en el primer día. El intestino delgado fue el órgano más dañado (43, 7%) dentro de los casos cuya perforación fue identificada en la laparotomía. El tratamiento quirúrgico fue realizado en todos los casos. La mortalidad global fue de 52% siempre asociada a septicemia. La mayor mortalidad estuvo asociada a perforación gástrica. Actualmente la perforación gastrointestinal ha sido relacionada con más de una presentación clínica de enterocolitis necrotizante y su etiología probablemente es multifactorial.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**EXPERIENCIA DE LA TRANSPOSICIÓN COLONICA EN EL REEMPLAZO
ESOFÁGICO EN EL INSITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO (INSN). 2007
AL 2008 LIMA-PERÚ**

Autores: Bedregal T., Suárez J.H., Apaza J.L., Tabuchi M., Durand F.
Instituto Nacional De Salud Del Niño
Lima, Perú

Introducción: La esofagocoloplastía es una opción terapéutica cuando la sustitución esofágica es necesaria, las causas más frecuentes encontradas en otros países extranjeros que motivan el reemplazo esofágico son las atresias de esófagos especialmente long-gap, lesiones por cáusticos y complicaciones por reflujos esofágicos severos. El objetivo del presente estudio es determinar la evolución postoperatoria de la transposición colónica mediante una evaluación clínica, radiológica y endoscópica describiendo la frecuencia de la aparición de complicaciones, tanto mediata como tardía, y hacer un seguimiento de dichos pacientes hasta un lapso aproximado de 1 año

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo, serie de casos de pacientes menores de 18 años que fueron intervenidos quirúrgicamente de Esofagocoloplastías en el INSN en el período 2007-2008, observando las complicaciones ocurridas en esta serie.

Resultados: La serie de casos estuvo conformada por 10 pacientes; 3 de ellos mujeres y 7 varones, 5 casos provienen de Lima y 5 de provincia, la edad promedio fue 5.3 años, el motivo de la esofagocoloplastia fue atresia esofágica (AE) tipo 1 en 3 casos, 1 con AE tipo 2, 5 con AE tipo 3, 1 por esofagitis cáustica, 10 tuvieron gastrostomía, 9 esofagostomía. En 3 se realizó esofacologoplastia (ECP) solamente, en 6 ECP más liberación de adherencias (LA) y en 1 ECP más LA y drenaje de absceso. El segmento de colon utilizado fue el transverso en 8 casos; el transverso derecho en 1 e izquierdo en 1 caso. Las complicaciones intraoperatorias fueron 2 por colocación de catéter venoso central; Las complicaciones Post operatorias inmediatas fueron: 6 por atelectasia, 8 neumonía, y tardías fueron: 6 fistula cervical, 8 infección de herida, 2 evisceración, 3 disfonía, 1 dehiscencia de esofacologoplastía. En 7 casos se realizó el cierre de la gastrostomía por buena tolerancia oral. Se utilizo la Escala de García para valorar la evolución obteniéndose como bueno en 6 casos, regular en 1 y malo en 2. La mortalidad fue de 1 caso en esta serie.

Conclusiones: La experiencia adquirida en la ECP se puede objetivar a través de las complicaciones descritas en esta serie, observando buena evolución en el 60% de los casos y la baja mortalidad.

Palabras clave: Esofacologoplastía, complicaciones

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON CIRUGÍA DE ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG Y MALFORMACIONES ANO-RECTALES

Autores: Lic. Bazo M.B., Dra. Bailez M.
Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan- Unidad Colorrectal- Área Alimentación
Buenos Aires, Argentina

Introducción/Objetivos: Los resultados postoperatorios de la Enfermedad de Hirschsprung y Malformaciones Ano-rectales son satisfactorios, pero muchos pacientes mantienen disfunciones intestinales. Estudiar CVRS facilita el conocimiento del estado de salud y mejora la elección de estrategias de tratamiento. Los objetivos del estudio fueron describir la CVRS en niños luego de la cirugía correctora definitiva, según su propia percepción y la de sus padres. A su vez evaluar la CVRS según grupo etáreo, presencia de desórdenes funcionales post-operatorios y la indicación dietoterápica.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, transversal y prospectivo. Participaron los niños de 2-18 años y sus padres al concurrir al consultorio en el período de Junio 2008-Mayo 2009. Una vez obtenidos el consentimiento y asentimiento informado se aplicó el cuestionario genérico PedsQL tm –“Inventario sobre calidad de vida pediátrica, versión 4.0 Español- Argentino”. Paquete estadístico SPSS11.5.

Resultados/ Discusión: Participaron 93 pacientes, 32% Hirschsprung y 68% Malformaciones Ano-rectales. Edad mediana 7 años rango 2-18. Puntuaciones más altas indican mejor calidad de vida. Los padres obtuvieron puntuaciones superiores en todas las escalas analizadas. No se observaron diferencias según los distintos grupos etáreos. Se obtuvieron puntuaciones más bajas, con diferencias estadísticamente significativas según los padres, en los pacientes incontinentes y constipados. Resultados similares en los pacientes con indicación dietoterápica, especialmente las dietas adecuadas a patologías renal y digestiva. Las puntuaciones más bajas se encontraron dominios total y psicosocial.

Conclusión: La presencia de incontinencia y constipación tiene impacto negativo en la calidad de vida de los niños, así como la realización de dietas con puntuaciones más bajas cuanto más restrictiva es la misma.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**ALTERACIONES DE PLEXOS MIENTÉRICOS, PROVINCIA DE ÑUBLE –CHILE
(1998-2009)**

Autores: Hormazábal Villagrán T., Morales Hormazábal F., Poblete Martínez A.
Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán
Chillán, Chile

Introducción: La Enfermedad de Hirschprung (EH), la Displasia Neuronal Intestinal (DNI) y la Hipoganglioneosis (HG), son las 3 entidades más conocidas entre las alteraciones congénitas de los plexos mientéricos. Presentándose clínicamente con un cuadro de retención de meconio en el recién nacido que se mantiene en el tiempo y constipación crónica pertinaz en el niño mayor. La incidencia general es de 1.0 a 2,8 por 100.000 RN vivos.

Material y método: Se estudian retrospectivamente todos los niños sometidos a Biopsia rectal, esfinteromiectomía y Desenso endorectal con Biopsias que confirman alguna de éstas patologías, entre los años 1998 y 2009, intervenidos en el Servicio de Cirugía Infantil del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

Resultados: n=27 pacientes, Edades entre 3 meses y 9 años, (63%) correspondió lactantes. Exámenes realizados: Electromanometría ano rectal (EMAR): n=20, Enema Baritado: n=16, Biopsia Rectal quirúrgica: n=8. Biopsia de pieza operatoria: n=28. Diagnóstico final: Aganglioneosis: n=20 (74%), Hipoganglioneosis: n=3 (11%), DNI: n=4 (14,8%). Segmento comprometido: Ultracorto (UC) n=20 (74%), Segmento corto n=2 (7,4%) y Segmento largo n=5 (18, 5%). En 5 (18,5%) de ellos se encontró asociación entre Aganglioneosis y DNI. Se realizó Esfinteromiectomía en los UC, Operación de Soave en 5 pacientes, 1 paciente con DNI de segmento largo se mantuvo con Colostomía hasta 1 año 7 meses y 1 paciente con DNI de segmento corto no requirió cirugía. Evolución clínica: n=16 (59%) bien sin medicamentos, n=4 (14,8%) bien, con episodios de constipación esporádicos, n=5(18,5%) bien con uso de Polietilenglicol 3350 (PEG) en dosis bajas. n=2 (7,4%) ha requerido Esfinteromiectomía posterior a operación de Soave por hipertonía severa del Esfínter Anal Interno.

Conclusión: A diferencia de otras publicaciones, se encontró un alto porcentaje de patología de plexos de segmento UC. En todos ellos agotando tratamiento médico previo, posterior estudio y tratamiento quirúrgico que en 20/22 confirmó el diagnóstico.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

HIDATIDOSIS INFANTIL EN LA REGIÓN DE AYSÉN. EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE 2000 – 2008

Autores: Verdugo, R.; Mauret, E.

Unidad de Cirugía Infantil, Hospital Regional de Coyhaique. Décimo primera región, Patagonia Chilena.

Coyhaique, Chile

Introducción: La Hidatidosis constituye un importante problema de salud pública. En Chile la tasa de incidencia es de 2 por 100.00 y en la región de Aysén 40.

Objetivo: Presentar el protocolo de manejo quirúrgico de niños diagnosticados en la región de Aysén y revisar sus resultados. Material y método: 74 pacientes menores operados entre el año 2000 y 2008 en el hospital Coyhaique. Se analizan aspectos epidemiológicos, técnicos y la evolución de los pacientes.

Resultados: 39 varones (53%) y 35 niñas (47%). Edad promedio 8, 4 años. Urbano (62%). 80% saneamiento básico. 70% tiene perro en la casa. Número de quistes: 51 pacientes con 1 (69%), 15 con 2 (21%), 8 con 3 o más (10%). Presentación: Neumonía (21), dolor abdominal recurrente (19), abdomen agudo (7), vómito (3) y hallazgo (18). Quistes resecaos: 119 (hepáticos 66, pulmonares 48 y peritoneal 5). En hígado 59 quistes en el lób. derecho (89%). En pulmonar ubicación der. 23 e izq. 25. Tamaño: 10 cms. (2 a 20). 101 quistes fueron univesiculares vivos (84%), 3 multivesiculares vivos y 15 muertos. Cirugía: pulmonares toracotomía vertical subaxilar (73%) y posterolateral (27%). En hepático laparotomía subcostal (95%) Laparoscópica (5%). Complicaciones: fístula broncopleural (4), empiema pleural (3) y retiro accidental del drenaje (2), fístula biliar (3), lesión de vía biliar (1) y colección intraabdominal (1). Hospitalización: pulmonares 13 ds. hepáticos 8, 2 ds. No hay mortalidad. Se usó Albendazol en dosis de 10 mg/kg/día. El número de ciclos dependió de la edad y número de quistes.

Conclusión: Además del tratamiento médico es fundamental abordar la transmisibilidad de esta zoonosis mediante programas multisectoriales.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**HIDATIDOSIS INFANTIL EN LA PROVINCIA DE ÑUBLE-CHILE
AÑOS 2004 - 2009**

Autores: Hormazábal Villagrán T., Poblete Martínez A., Morales Hormazábal F.
Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, Chile
Chillán, Chile

Introducción: La hidatidosis humana es una zoonosis endémica en Chile, producida por la larva de la *Tenia Echinococcus granulossus*, cuyo vector es el perro. Problema de salud pública por la gravedad de sus complicaciones y por el alto costo para los sistemas de salud. La incidencia en Chile fluctúa entre 1,65 y 2, 2 casos por 100.000 habitantes. Mayor incidencia en regiones agrícolas y ganaderas, siendo Ñuble una de ellas, alcanzando una tasa de 16,4 por 100.000 habitantes en el año 2007. Cifras que se ven reflejadas también en la población infantil.

Material y método: Se estudia retrospectivamente los egresos de menores de 15 años con diagnóstico de Hidatidosis del Servicio de Cirugía Infantil del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán - Chile, entre Noviembre del 2004 a Agosto del 2009.

Resultados: Se encontraron 36 pacientes, 66% de ellos rurales. Distribución similar en ambos sexos. Número de quistes: 56, distribuidos en: únicos n=23(64%), dobles n=8(22%), 3 o más n=5(14%). Los motivos de consulta fueron fiebre y tos en los quistes pulmonares y dolor abdominal y hallazgo fortuito en los quistes hepáticos. Localizaciones: pulmonares n=28(50%), hepáticos n=24(43%), cardiaco n=1(1,7%), renal n=1 (1,7), Retroperitoneal n=1(1,7%), cervical n=1(1,7). 35/36 fueron sometidos a cirugía, La técnica utilizada consistió en toracotomía o laparotomía mínima, dependiendo de la ubicación del quiste, punción aspirativa y esterilización del quiste con solución salina al 30%, extracción de membranas, cierre de bronquios en Quistes pulmonares. Cierre de cavidad, drenaje tubular, según tamaño del quiste, en los hepáticos (9/19). Segundos tiempos quirúrgicos en 7 pacientes con hidatidosis múltiple. 3 pacientes (6,5%) reintervenidos por complicaciones: 2 de ellos por fistula bronquial persistente y 1 por fistula biliar de alto débito, realizando papilotomía endoscópica.

Conclusión: El aumento de la tasa de Hidatidosis humana refleja un relajamiento en la aplicación de normás de salud ambiental local. Enfermedad silenciosa, se debe buscar dirigidamente en los grupos de riesgo. Probablemente su incidencia es mayor que la diagnosticada y puede tener consecuencias letales si los quistes se rompen accidentalmente. Las técnicas quirúrgicas conservadoras arrojan mejores resultados y menos complicaciones en los niños.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

CARACTERÍSTICAS Clínica S, QUIRÚRGICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE LA HIDADOSIS HEPÁTICA EN EL INSITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO (INSN). LIMA-PERÚ

Autores: Suárez J.H., Ocampo E., Apaza J.L., Arcaya J. Tabuchi M.
Instituto Nacional De Salud Del Niño
Lima, Perú

Introducción: La hidatidosis o equinococosis hidatídica es una enfermedad parasitaria perteneciente al grupo de las zoonosis caracterizada por la presencia de quistes que constituyen la fase larvaria de la tenia echinococcus. Su distribución en el mundo es amplia y endémica en varias regiones del mundo especialmente en regiones ganaderas y nuestro país no escapa a esa realidad. El objetivo del presente estudio es presentar la caracterización clínico quirúrgica y epidemiológica de la hidatidosis hepática en niños atendidos en nuestro hospital. Pacientes y métodos. Estudio retrospectivo y descriptivo que buscó caracterizar clínica y epidemiológicamente una serie de 25 pacientes de 5 a 17 años con lesiones hepáticas quísticas hidatídicas y tratadas quirúrgicamente en el INSN entre Octubre del 2006 y Febrero del 2009.

Resultados: La mayoría de pacientes correspondió al grupo etáreo de Escolares (5-10 años), la afectación fue igual para ambos sexos. Todos los casos tuvieron estudio con ecografía y/o Tomografía. Del total, 80% pacientes tuvieron estudio serológico: 40% solo Wester Blot, 16% tuvo solo Arco V, 30% tuvieron ambos exámenes y 20 % no tuvieron ningún estudio serológico; el cirujano debido a su experiencia ya no consideró necesaria su realización. Además se confirmó el diagnóstico de estos pacientes por una laparoscopia Diagnostica. El 52% (13/25) de pacientes tuvieron quiste único. El lóbulo más afectado fue el derecho 60% (15/25). El 88% (22/25) de casos fueron quistes no complicados. En cuanto al tratamiento quirúrgico el 60% se hicieron por cirugía convencional y el 40% por laparoscopia. El tratamiento de la cavidad se hizo mediante la inyección de sustancia escolicida, seguida de destechamiento del quiste y extracción de membranas germinativas en el 92% de los casos; en todos los casos se hizo control ecografico post operatorio. La mortalidad de la serie fue del 0%.

Conclusiones: Las características estudiadas no varían mucho de las mostradas en otros estudios, sin embargo, en cuanto al tratamiento quirúrgico se aprecia que se está introduciendo progresivamente la laparoscopia como alternativa Quirúrgica y Diagnostica en nuestro medio.

Palabras clave: Hidatidosis hepática, niños, laparoscopia.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Tratamiento quirúrgico de la estenosis traqueal

Autores: Mariano Boglione; Aixa Reusmann; Martín Cadario; Hugo Botto; Mary Nieto; Adrián Zanetta; Hugo Rodríguez; Carlos Tiscornia; Marcelo Barrenechea
Hospital J. P. Garrahan
Buenos Aires, Argentina

Veintisiete pacientes con estenosis de tráquea fueron intervenidos quirúrgicamente entre julio de 2005 y agosto de 2009, 11 eran de sexo femenino y 16 de sexo masculino. Quince pacientes tenían una estenosis de origen congénito y 12 de origen adquirido. La edad de los pacientes al momento de la cirugía osciló entre 1 mes y 17 años. El abordaje utilizado fue cervicotomía anterior transversa en 18 casos; cervicotomía y esternotomía en 3; esternotomía en 3, toracotomía derecha en 2 y toracotomía anterior izquierda en el restante. Fueron resecados entre 5 y 8 anillos (media 5) en los diez pacientes con estenosis adquirida. En uno de ellos se resecó también bronquio fuente derecho y en otro cricoides y cuerda vocal derecha. En siete pacientes con estenosis congénita se resecaron entre 3 y 12 anillos (media 5). En todos los pacientes con estenosis adquirida se efectuó resección de la zona comprometida y anastomosis término-terminal y en 2 de ellos además se cerró el esófago. En 9 niños con patología congénita se realizó resección y anastomosis término-terminal; en 4, se empleó la técnica de deslizamiento; en 1 paciente se colocó un injerto de pericardio en cara anterior de la tráquea y en otro paciente portador de traqueomalacia se realizó aortopexia. La circulación extracorpórea (CEC) fue empleada en 3 pacientes, en 2 de los cuales se corrigió el "sling" de la arteria pulmonar. Sólo 3 pacientes con estenosis adquirida fueron colocados en ARM. De los pacientes con estenosis congénita 13 recibieron ARM posoperatoria (media de 7,3 días; rango 0 a 16 días). El tiempo de internación promedio fue de 7,6 días (4 a 19 días) para los pacientes con estenosis adquirida y de 13,7 días (11 a 26 días) para aquellos con estenosis congénita. En el grupo de estenosis adquiridas hubo un caso de enfisema subcutáneo leve, otro de paresia cordal izquierda y otro de hipertermia maligna fatal. En el grupo de congénitas hubo 3 casos de estenosis de la anastomosis, 1 estenosis del bronquio fuente derecho, 1 caso de cabalgamiento del esternón y 1 paciente no se pudo extubar por colapso del injerto pericárdico. Fallecieron 3 pacientes: 1 con estenosis adquirida debido a hipertermia maligna y 2 con estenosis congénita. La sobrevida global fue de 89 %. Concluimos que la estenosis traqueal adquirida es de resolución quirúrgica más sencilla y presenta menos complicaciones. Los pacientes con estenosis traqueal congénita necesitan generalmente más de un procedimiento para el control de su sintomatología.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**TUMORES LARINGOTRAQUEALES EN NIÑOS, ¿EXISTEN? ORIENTACIÓN
DIAGNÓSTICA Y ALTERNATIVAS QUIRÚRGICAS**

Autores: Dres. Varela Balbontín. P., Yankovic Barceló F., Ibáñez Messina C.G., Borel C., Linacre Sandoval V.
Servicio de Cirugía, Hospital Luis Calvo Mackenna. Universidad de Chile
Santiago, Chile

Introducción: Las lesiones tumorales de laringe y tráquea son infrecuentes en la edad pediátrica. Su manifestación es habitualmente por signología respiratoria obstructiva progresiva, que se manifiesta por estridor.

Objetivo: Reportar nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de 6 pacientes portadores de lesiones tumorales de vía aérea.

Método: Entre los años 2000 y 2008, 6 pacientes con lesiones tumorales laringotraqueales fueron diagnosticados. Rango de edad: recién nacido a 4 años; 4 varones y 2 niñas; tres hemangiomas subglóticos, 1 linfangioma de cuello con infiltración laríngea, 1 lipoblastoma con invasión laríngea, traqueal y esofágica y 1 tumor sólido subglótico de células granulosas. En todos los pacientes se realizó estudio endoscópico con fibra óptica rígida y tomografía computada de cuello. En 2 se realizó resonancia nuclear magnética.

Resultados: El tratamiento en los hemangiomas fue resección mediante cirugía abierta en 2 pacientes y en 1 se resolvió con uso de corticoides sistémicos. El tumor de células granulosas y lipoblastoma fueron resecados por vía abierta. El linfangioma mejoró con infiltraciones de bleomicina.

Conclusión: Las lesiones tumorales de la vía aérea son raras en la edad pediátrica. Para el diagnóstico es fundamental el estudio endoscópico apoyado por imágenes. El tratamiento quirúrgico fue la alternativa terapéutica más frecuente utilizada en la presente serie clínica.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TERATOMAS EN LA INFANCIA: EXPERIENCIA CLÍNICA, HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO DEL RÍO

Autores: Contreras R, Lopetegui S.
Hospital de Niños Roberto del Río
Santiago, Chile

Introducción: Los teratomas, del griego “tumor monstruoso”, son tumores de células germinales que pueden encontrarse en diversas partes del cuerpo. El objetivo del trabajo es realizar un análisis de aquellos pacientes portadores de esta patología, intervenidos y controlados en nuestro centro asistencial.

Material y método: Se realizó una revisión retrospectiva de los casos intervenidos y controlados en el Hospital Roberto del Río, entre los años 2000 al 2009, identificando ubicación, acceso quirúrgico, requerimientos de reoperaciones y quimioterapia y su evolución a largo plazo.

Resultados: Con un total de 36 pacientes, 22 niñas, 12 niños. Edades entre 1 día a 14 años, con un promedio de 7 años al momento del diagnóstico. Su forma de presentación más frecuente fue la tumoración en 50%, seguido por dolor en 28% y como hallazgo en 16%. El estudio se realizó con eco abdominal y/o Scanner. La ubicación más frecuente fue el ovario en 16, testículo 12, sacrocoxigeo 4 y otras 4. Los marcadores tumorales estaban elevados solo en los recién nacidos con teratomas sacrocoxigeos y en 2 pacientes con teratomas inmaduros. Tres de 4 teratomas sacrocoxigeos requirieron reoperación por recidiva o sospecha de recidiva local. Los 30 teratomas maduros presentan buena evolución, solo con cirugía. En 2 casos se realiza biopsia tardía informada como tejido cicatricial. Tres pacientes con teratomas inmaduros requirieron quimioterapia. Seguimiento a largo plazo según protocolo de oncología con solo un fallecido en la serie.

Conclusiones: Las manifestaciones clínicas varían según su ubicación anatómica. Los Teratomas maduros responden en forma favorable solo con cirugía, pero aquellos con histología inmadura con frecuencia requieren reintervenciones, quimioterapia y control con imágenes a largo plazo con riesgo elevado de recidiva. El apoyo de imagen en forma pre y post natal es de vital importancia para el diagnóstico precoz y pronóstico.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

MANEJO LAPAROSCÓPICO TRANSUMBILICAL DEL TERATOMA MADURO QUÍSTICO (QUISTE DERMOIDE) PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

Autores: Lucarelli P., Oliva F., Ramallal H., Portigliatti F., Galvez J., Strippoli M., Menard M.
Clínica de Especialidades Villa María, Hospital Regional Louis Pasteur de Villa María Villa María, Argentina

Introducción: La laparoscopia se ha convertido en el tratamiento de elección en el manejo de las másas anexiales benignas. El abordaje laparoscópico a través de una sola incisión umbilical es utilizado para realizar múltiples intervenciones quirúrgicas y se encuentra en contante desarrollo.

Objetivo: Evaluar el abordaje laparoscópico transumbilical en 2 casos de teratoma maduro quístico y revisión de la literatura.

Material y Método: Presentación de casos. Caso 1: paciente de 5 años que presenta tumoración abdominal palpable ECO y RMN: imagen quística en hipocondrio derecho de 10,5 x 7,45 cm de contenido líquido y paredes engrosadas. Laboratorio, marcadores tumorales y dosaje hormonal dentro de valores normales. Abordaje laparoscópico transumbilical ooforectomía derecha. Caso 2: paciente de 10 años de edad que ingresa por dolor en hipogastrio de 24 hs y masa palpable en dicha región. ECO Y RMN: Imagen quística en hipogastrio heterogénea (solido-quística) de 6, 5 cm. Laboratorio, marcadores tumorales y dosaje hormonal dentro de parámetros normales. Abordaje laparoscópico transumbilical quistectomía de ovario izquierdo.

Resultados: Tiempo quirúrgico de 40 y 50 minutos respectivamente. No se presentaron complicaciones intra y postoperatorias. La estadía hospitalaria en ambos casos fue de 3 días y egreso hospitalario a las 24 hs postoperatorio. Excelente resultado estético.

Conclusión: Numerosos autores recomiendan el abordaje laparoscópico de los teratomas benignos, existiendo evidencia suficiente que lo avala. El abordaje transumbilical se presenta como una alternativa a la laparoscopia clásica siendo utilizado para diversas intervenciones quirúrgicas. Concordamos con Kozumi y col en que el abordaje transumbilical es viable y seguro con excelentes resultados estéticos obtenidos dado que la cicatriz resulta imperceptible, además de los multicitados beneficios de la laparoscopia. En los casos presentados, demostramos la factibilidad y seguridad del abordaje transumbilical destacando la rápida recuperación postoperatoria, el escaso dolor y el excelente resultado estético.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

ASPECTOS QUIRÚRGICOS DEL NEUROBLASTOMA. 13 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL IMIP

Autores: Paulo Carvalho Vilela, Claudia Correa de Araujo, Regina Helena de Figueiredo Sales, Katarina Ligia Cavalcanti Vasconcelos, Carolina A. Albanez da Cunha Andrade, Priscila G. C. Valois Correia
IMIP, Recife, Brasil

Objetivos: Para evaluar el papel de la cirugía en el tratamiento de pacientes con neuroblastoma, el Instituto de Medicina Integrada Professor Fernando Figueira (IMIP), desde 1994 hasta 2007.

Métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo. Las variables analizadas fueron: edad al momento del diagnóstico, sexo, localización del tumor primario, el estadio, la quimioterapia se utiliza, el uso de la quimioterapia antes de la cirugía, radioterapia, tipo de cirugía, la resección de otros órganos, complicaciones quirúrgicas, necesidad de otra cirugía, la recurrencia del tumor, la muerte y la causa de la muerte. Se utilizó el Epi-Info 3.5.1 y el proyecto fue aprobado por la Ética en la Investigación IMIP.

Resultados: De los 129 pacientes con diagnóstico de neuroblastoma, 60 fueron remitidos para tratamiento quirúrgico del tumor primario. Las edades oscilaban de uno a 180 meses, con un ligero predominio en varones 33(55%). El código utilizado fue el INSS (International Neuroblastoma Staging System) y la mayoría de los pacientes fueron clasificados como estadio III(31/51, 7%) y IV(23/38, 3%). La localización del tumor primario fue la suprarrenal más frecuente en 37(61, 7%). El régimen de quimioterapia de primera se utilizó NB84 en 52(86, 7%) pacientes, en 4(6, 7%), la NB91. La quimioterapia preoperatoria se realizó en 26 (43, 3%). La terapia de radiación a la cama del tumor se realizó en 10 pacientes. De los 60 pacientes estudiados, 26(43, 3%) fueron sometidos a resección completa del tumor primario, 16(26, 7%) fueron sometidos a resección parcial y en 18 (30%) no fue posible extirpar el tumor, realizar sólo la biopsia. Las complicaciones postoperatorias ocurrieron en 17 pacientes (28, 3%) fue la hemorragia intraoperatoria más frecuente. Más de un procedimiento quirúrgico fue necesario en 17 pacientes (28, 3%). La recurrencia del tumor primario en 22 pacientes (36, 7%). Entre los pacientes, 28(46, 7%) progresaron a la muerte. Las principales causas fueron la progresión de la enfermedad en 13(46, 4%) y sepsis en 12(42, 8%).

Conclusión: La supervivencia global de estos pacientes fue de 53, 3%. La muerte está relacionada con las complicaciones quirúrgicas en el 3, 3% de los casos. El diagnóstico de neuroblastoma aún se realiza en la mayoría de los pacientes en fase avanzada y, muchas ni siquiera tienen la oportunidad de realizar un tratamiento quirúrgico.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

SOBREVIDA A LONGO PRAZO EM PACIENTES PORTADORES DE NEUROBLASTOMA DE ALTO RISCO ESTÁDIO 4

Autores: Araujo CC, Vilela Pc, Arnold MW, Sales RHF, Vasconcelos KLC
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
Recife, Brazil

Introdução: Neuroblastoma é um tumor maligno do sistema nervoso simpático e representa de oito a 10% dos cânceres na infância.

Objetivos: Avaliar a sobrevida a longo prazo nos pacientes com neuroblastoma alto risco estágio 4.

Materiais e Métodos: Análise retrospectiva dos pacientes com neuroblastoma estágio 4 acima de um ano de idade ao diagnóstico no período de setembro de 1994 a setembro de 2002. A análise dos dados foi realizada utilizando-se o programa de domínio público Epi-Info 3.5.1.

Resultados: Foram analisadas 36 crianças. A idade variou de 13 a 165 meses. Dos 36 pacientes, 15 (41,7%) foram submetidos a tentativa de ressecção cirúrgica do tumor primário. Ressecção total foi realizada em seis pacientes (40%), parcial em cinco (33,3%) e biopsia em quatro (26,7%). Oito estão livres de doença a no mínimo cinco anos, correspondendo a uma taxa de sobrevida de 22,2%. Observamos que dos pacientes submetidos a ressecção completa do tumor primário 83,3% sobreviveram, enquanto que dos que foram submetidos a ressecção incompleta apenas 22,2% sobreviveram ($p=0,03$). Na análise bivariada observamos uma relação estatisticamente significativa entre idade ao diagnóstico acima de dois anos e óbito e entre realização de ressecção incompleta do tumor primário e óbito.

Discussão: Nossos resultados sugerem fortemente uma associação entre ressecção completa do tumor primário e cura. A mortalidade é elevada comparando com a literatura que mostra até 46% de sobrevida. Isto pode ser decorrente da não disponibilidade de megaterapia, transplante de medula óssea e terapia com células tronco. Além disso, não estava disponível o estudo da biologia molecular como *n-myc* e índice de DNA que são considerados fatores prognósticos.

Conclusão: A sobrevida encontrada nos parece um resultado satisfatório levando em consideração que a população em estudo ocupa o estrato social inferior de uma área carente com taxa de mortalidade infantil em torno de 40:1000. A aquisição de novas tecnologias como transplante de medula ossea e megaterapia, provavelmente seriam elementos que aumentariam esta sobrevida.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TUMOR PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS EN PEDIATRÍA

Autores: Elías ME; Díaz Saubidet I; Jaes A; Puga Nougues C; Majluf R
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción: El tumor pseudopapilar de páncreas (TPP) o tumor de Franz, es un inusual tumor primario del

páncreas, más frecuente en mujeres jóvenes y habitualmente de bajo potencial de malignización. Su baja frecuencia y sus manifestaciones inespecíficas hacen imprescindible una alta sospecha diagnóstica para su adecuado manejo y tratamiento.

Objetivos: Evaluar la forma de presentación de esta patología, métodos de diagnóstico y resultados a largo plazo del tratamiento quirúrgico implementado.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes operados en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez por TPP, en el período 2000 – 2008. Se analizó sexo, edad, presentación clínica, estudios diagnósticos, localización, tratamiento quirúrgico, complicaciones tempranas, alejadas y evolución. Las cirugías realizadas fueron: duodenopancreatectomía cefálica con conservación del píloro (DPC) y pancreatectomía corporocaudal con esplenectomía (PCC) según la localización tumoral.

Resultados: Se incluyeron 4 pacientes. Todos de sexo femenino, edad media: 12 años. Síntomas de inicio inespecíficos: dolor epigástrico o lumbar, dispepsia, decaimiento. En un caso, masa palpable. Se solicitó Ecografía y Tomografía hallándose tumores grandes, heterogéneos, con desplazamiento de órganos circundantes. Marcadores tumorales negativos. En un paciente se realizó PAAF y en dos, biopsia por congelación, cuyos resultados fueron adenocarcinoma en uno y TPP en otro.

A dos tumores, localizados en la cabeza del páncreas, se les realizó DPC. Los otros dos en el cuerpo y se realizó PCC. Uno con invasión de la porta, se resolvió con venotomía y homoinjerto de peritoneo. Complicaciones tempranas: absceso de herida y derrame pleural en una paciente. Alejadas: estenosis de la bilio-digestiva (un caso), se resolvió con una dilatación transparietohepática, y esteatorrea (en las pacientes con DPC) que se suplieron con enzimas pancreáticas. La evolución a largo plazo fue favorable, sin recidiva local ni diseminación. La mediana de seguimiento fue de 4, 5 años.

Conclusión: El TPP tiene manifestaciones clínicas poco específicas. La Ecografía y la Tomografía fueron suficientes para la aproximación diagnóstica. La PAAF y la biopsia por congelación no fueron concluyentes. Si bien es necesario la resección completa para el tratamiento definitivo, la conservación pilórica es factible por el bajo potencial de malignidad.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Tratamiento quirúrgico en Hiperparatiroidismo Terciario . Reporte de 3 casos

Autores: Dres. Blanco Martínez A.*, Ibáñez Messina C.G.*, Hernández N. R.**

*Servicio de Cirugía, Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago. Chile. **Clínica Santa María Santiago, Chile

Introducción: El hiperparatiroidismo terciario se presenta en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) tratados, en los cuales sus glándulas paratiroides se vuelven autónomas y fuera de control incluso tras el trasplante renal. Presentan niveles crecientes de paratohormona (PTH) con hipercalcemias de difícil control. El tratamiento quirúrgico de elección es la extirpación de sus glándulas paratiroides e implante de un segmento de ella en algún músculo o conservación de una parte de la glándula.

Objetivo: Reportar nuestra experiencia en la cirugía del hiperparatiroidismo terciario, en tres casos portadores de IRC, que requirieron tratamiento quirúrgico y se les realizó una paratiroidectomía total.

Pacientes y Métodos: Se presenta una serie de tres casos clínicos que desarrollaron un hiperparatiroidismo terciario. Los tres pacientes presentaban niveles elevados de PTH y osteodistrofia renal severa, que no respondieron al manejo con vitamina D ni mejoraron después del trasplante renal. Todos los pacientes fueron estudiados con ultrasonografía y con cintigrafía con Tc-99 (C.Tc-99) previo a la operación. Resultados: Se realizó paratiroidectomía total e injerto de un segmento de glándula en músculo esternocleidomastoideo en los tres pacientes. Uno de ellos necesitó una segunda intervención para lograr la extirpación total de las glándulas. En todos disminuyeron notablemente sus niveles de PTH. Actualmente los tres pacientes mantienen niveles normales de PTH.

Discusión: La extirpación de las glándulas presenta algunas dificultades, ya sea por la ubicación o por el tamaño de éstas. Se necesita un entrenamiento quirúrgico adecuado para reconocer el tejido glandular y extirparlo satisfactoriamente. Actualmente se puede medir inmediatamente el nivel de PTH en la sangre para comprobar la efectividad de la extirpación, además de usar C.Tc-99 intraoperatorio para ubicar las glándulas y disminuir el tiempo operatorio.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**MANEJO QUIRÚRGICO DE LA PATOLOGÍA ADRENAL BILATERAL.
REPORTE DE 3 CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Autores: Dres. Blanco Martínez A., González García G., Ibáñez Messina C.G.
Servicio de Cirugía, Hospital Luis Calvo Mackenna, Universidad de Chile
Santiago, Chile

Introducción: La patología adrenal bilateral que requiere tratamiento quirúrgico en pediatría, es poco frecuente. Se han reportado pacientes con tumores y pacientes con hiperplasia adrenocortical micronodular bilateral.

Objetivo: Reportar nuestra experiencia en la cirugía adrenal bilateral, en dos casos de feocromocitoma bilateral y un caso de hiperplasia adrenocortical micronodular bilateral.

Pacientes y Métodos: Presentamos una serie de tres casos clínicos sometidos a cirugía adrenal bilateral. Dos de estos pacientes presentaban un feocromocitoma (FC) esporádico bilateral, uno de los cuales se sospechó por síntomas catecolaminérgicos y en el otro caso fue un hallazgo incidental en una evaluación radiológica. El tercer paciente era portador de un Síndrome de Cushing y se pesquisó la presencia de micronódulos suprarrenales bilaterales en su estudio de imágenes.

Resultados: En los pacientes con FC bilateral se realizó una tumorectomía bilateral con preservación de tejido glandular normal: uno de ellos por cirugía abierta y el otro por vía laparoscópica. El paciente portador de hiperplasia micronodular fue sometido a adrenalectomía bilateral por vía laparoscópica. Los tres pacientes se encuentran asintomáticos actualmente.

Conclusión: La histología más usual de los tumores adrenales bilaterales es el FC, originado en las células cromafines de la médula adrenal, cuya principal característica es la secreción no regulada de catecolaminas. Los FC bilaterales se presentan en el 10% de los FC y la mayoría son esporádicos. Sólo un 20% son hereditarios y se asocian a variados síndromes. La hiperplasia micronodular suprarrenal es causada por una alteración genética autosómica dominante, responsable de un 2% del síndrome de Cushing endógeno independiente de ACTH. Se revisa la literatura actualizada de estas patologías y su manejo quirúrgico, dentro del cual destaca su abordaje laparoscópico como la vía de elección actual.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**MANEJO LAPAROSCÓPICO DEL ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRÍA.
EXPERIENCIA A UN AÑO EN Clínica ALEMANA PUERTO VARAS**

Autores: Gómez Gaete N., Tagle Alegría J.
Servicio Pediatría-Cirugía Pediátrica, Clínica Alemana Puerto Varas
Puerto Varas, Chile

Introducción: La laparoscopia en el abdomen agudo es una alternativa cada vez más usada por los cirujanos pediátricos. El objetivo de este trabajo es analizar nuestra serie a un año de formación de la Unidad de Cirugía Pediátrica en la Clínica Alemana de Puerto Varas.

Resultados: Se analizan 67 niños con diagnóstico de Abdomen Agudo quirúrgico en el período Abril 2008 a Julio 2009 con su correspondencia anatomopatológica. Un paciente no fue abordado por vía laparoscópica y otro requirió conversión por sospecha de patología neoplásica del ciego. La edad media fue de 9 años (2 a 15 años); la distribución por sexo fue de 36 niñas (54, 5 %) y 30 niños. En 3 pacientes (4, 5 %) la causa del abdomen agudo correspondía a una patología de origen ginecológico; en un paciente se diagnosticó una adenitis mesentérica y en otro la causa fue un divertículo de Meckel complicado. Hubo 3 laparoscopías en blanco (4, 5 %). El 89, 3 % (59 pacientes) correspondió a una patología apendicular, de los cuales 36 pacientes (61 %) fueron apendicitis aguda no perforada y 23 pacientes (38 %) a apendicitis aguda perforada. En todos los pacientes se aplicó el mismo protocolo de profilaxis y tratamiento antibiótico. En 2 pacientes con apendicitis aguda perforada, hubo una evolución desfavorable: infección de herida operatoria y absceso piógeno hepático; éste último con satisfactoria respuesta al manejo médico conservador. La mortalidad fue nula. El promedio de estadía general fue de 2, 6 días, siendo de 1, 3 días para las apendicitis agudas simples y 4, 5 días para las apendicitis perforadas.

Conclusiones: Consideramos la vía laparoscópica como el enfrentamiento inicial del abdomen agudo en los niños, ya que esta técnica ha demostrado ser un método seguro y eficaz. Cuando existen las condiciones de equipamiento y entrenamiento adecuado, aspectos como la resolución de todos los diagnósticos diferenciales, la capacidad de convertir a cirugía abierta si fuera necesario, mejor confort post operatorio, menor tiempo de hospitalización, menores complicaciones post-operatorias y los mejores resultados estéticos, sitúan a la laparoscopia como el método de elección en el manejo de esta patología en los niños. *Se presentará en Congreso de Pediatría Valdivia 2009.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

EL RECUENTO DE LEUCOCITOS LOGRA DIFERENCIAR PACIENTES CON APENDICITIS INICIAL DE AQUELLOS SIN APENDICITIS

Autores: Drs. Monsalve S, Espinosa F, Montedónico S.
Servicio Cirugía Pediátrica y Unidad de Emergencia Infantil,
Hospital Carlos Van Buren
Valparaíso, Chile

Introducción: Existe evidencia contradictoria en la literatura respecto a la utilidad de la proteína C reactiva (PCR) y del recuento de leucocitos en el diagnóstico de apendicitis aguda. El objetivo de este trabajo es relacionar ambos parámetros con el grado de apendicitis aguda.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó todos los pacientes intervenidos de urgencia con el diagnóstico pre-operatorio de apendicitis aguda entre Agosto del 2008 y Agosto del 2009. Los resultados se expresan en promedio y desviación estándar. Las diferencias entre los grupos fueron analizadas con la prueba de "t student" para variables independientes.

Resultados: De un total de 220 pacientes operados, 197 contaban con PCR, recuento de blancos o ambos. La edad promedio fue de $9,63 \pm 3,41$ años, con una relación hombre/mujer de 1 : 1,6. Los pacientes fueron divididos en 4 grupos: 1. Sin apendicitis (n=17), 2. Apendicitis inicial (flegmonosa y congestiva), (n=87), 3. Apendicitis aguda gangrenada no perforada (n=36), 4. Apendicitis aguda perforada (n =56). El grupo 1 tuvo un recuento de blancos de $12.388 /mm^3 \pm 4.499$ y PCR de $34.67 \text{ mg/L} \pm 46.84$; el grupo 2 recuento de 15.883 ± 4.933 y PCR de 24.88 ± 34.86 ; el grupo 3, recuento de 18.897 ± 5.967 y PCR de 66.22 ± 67.04 , el grupo 4 recuento de 16.932 ± 6.194 y PCR de 100.11 ± 78.73 . No encontramos diferencias en el resultado de la PCR al comparar el grupo 1 con el 2 (p=0.3211) ni entre el grupo 3 y 4 (p=0.375), Sí entre los grupos 2 y 3 (p< 0.001). Al comparar el recuento de blancos entre los grupo 1 y 2 encontramos diferencia estadísticamente significativa (p= 0.0079), al igual que entre los grupos 2 y 3 (p = 0.0045), no así entre los grupos 3 y 4 (p= 0.1355). La sensibilidad del recuento leucocitario es mayor que la de la PCR (79.3% vs 72.4%) en apendicitis aguda inicial y además presenta un menor número de falsos negativos (77.4% vs 72% respectivamente)

Conclusión: El aumento del recuento leucocitario es una ayuda diagnóstica importante para diferenciar pacientes que presentan apendicitis aguda inicial de aquellos que no presentan patología apendicular. La PCR en cambio, nos sirve en etapas más avanzadas de apendicitis.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

MANEJO DE LOS PLASTRONES APENDICULARES ¿CUÁL ES LA MEJOR ALTERNATIVA TERAPÉUTICA?

Autores: Drs. Santos Marcela, Poblete Andrea, Guelfand Miguel, Torres Viviana
Hosp. Exequiel González Cortés
Santiago, Chile

Objetivo: Describir nuestra experiencia en el manejo de los plastrones apendiculares, la utilidad del manejo médico conservador inicial y la necesidad de realizar una apendicectomía diferida.

Material y método: Revisión de fichas clínicas de pacientes egresados con diagnóstico de plastrón apendicular entre enero 2002 a agosto 2009.

Resultados: Se registran 85 pacientes egresados con diagnóstico de plastrón apendicular, con un promedio de edad de 8, 42 años. El promedio de días de evolución de dolor abdominal previo a su ingreso fue de 6, 35 días, teniendo la mayoría como síntomas asociados fiebre y vómitos. En 72 se palpó una masa abdominal al ingreso. Del total, 26 fueron operados al momento de su ingreso y en 18 no se palpó una masa abdominal. De este grupo en 6 pacientes no se pudo realizar una apendicectomía. El tiempo operatorio promedio fue de 74 minutos, con un promedio de días hospitalizados de 10. Hubo complicaciones en 5 pacientes (2 obstrucciones intestinales, 3 absceso residual). Los 59 pacientes restantes se manejan con tratamiento antibiótico (endovenoso y oral) por un promedio de 14 días y con hospitalización de 8, 5 días en promedio. De este grupo en 44 pacientes se ha realizado una exploración laparoscópica diferida. El tiempo operatorio promedio fue de 51 minutos y la hospitalización de 1, 25 días. Durante la cirugía en 1 paciente no se encontró el apéndice y en 1 se produjo una ruptura del ciego que se reparó inmediatamente. Las biopsias se informan normal en 32, 5 apendicitis aguda y 1 apéndice fibrosado. 5 pacientes sin biopsia. En espera de laparoscopia hay 15 pacientes.

Conclusión: El tratamiento médico conservador inicial es la elección en los pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular. La cirugía precoz resulta laboriosa y no exenta de complicaciones. Aconsejamos realizar una exploración laparoscópica diferida ya que la mayoría de los pacientes presentan un apéndice con una histología no cicatricial haciéndolo susceptible de desarrollar un proceso inflamatorio apendicular.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: CLIPS DE POLÍMERO PLÁSTICO,
UNA OPCIÓN NOVEDOSA**

Autores: Buela E, Bignon H, Millán C, Bellía Munzón G, Gallino E, Martínez-Ferro M
Fundación Hospitalaria – Hospital Privado de Niños
Buenos Aires – Argentina

Introducción: La apendicitis aguda (AA) puede abordarse por vía abierta o laparoscópica. Ésta última se asocia a una mejor recuperación, resultado estético y visualización de la cavidad abdominal. El presente es un estudio retrospectivo sobre nuestra experiencia en apendicectomías laparoscópicas en pacientes menores de 18 años de edad, con diagnóstico de AA. Nuestro objetivo es dar a conocer una opción novedosa para la ligadura de la base apendicular (BA).

Materiales y Métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes incluidos durante el período comprendido entre enero del 2006 y junio del 2009. Se registraron y analizaron los siguientes datos: sexo, edad, peso, diagnóstico postoperatorio, tiempo operatorio, conversión, complicaciones, inicio de la tolerancia oral y estadía hospitalaria. La cirugía se inició con el paciente bajo anestesia general ubicado en decúbito dorsal. Se creó el neumoperitoneo con técnica abierta. Se emplearon 3 trócares. Confirmado el diagnóstico, se procedió al control de la hemostasia coagulando los vasos del meso apendicular con Hook monopolar o con Ligasure®. La BA se trató en todos los casos con 1 ó 2 clips Hem-o-Lock® proximales y uno distal.

Resultados: Se operaron 48 pacientes. La edad promedio fue de 10,42 años (r:2–17 años). El peso promedio fue de 41 Kg (r:15 a 79 Kg). El diagnóstico patológico reveló apendicitis congestiva en el 17% (n:8), flemonosa en el 50% (n:24), gangrenosa en el 13% (n:6), plastrón apendicular en el 6% (n:3) y peritonitis en el 14% restante (n:7). No hubo complicaciones. El inicio de la tolerancia oral media fue de 2 días (S=1 día). La mediana de la estadía hospitalaria fue de 3 días (r:1-10 días).

Conclusión: Inferimos a partir de los resultados obtenidos que el uso de clips Hem-o-Lock® constituye una alternativa para la ligadura de la BA rápida, segura y fácilmente reproducible en pacientes pediátricos. Palabras Clave: Apendicectomía Laparoscópica, Base Apendicular, Clips Hem-o-Lock®.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**CORRELACIÓN CLÍNICO PATOLÓGICA EN LA APENDICITIS AGUDA
PEDIÁTRICA: REVISIÓN DE 782 CASOS**

Autores: Drs. Kulikoff D. Boris
Internos: Vargas D. Fernanda, Rodríguez A. Catalina
Hospital Padre Hurtado
Santiago, Chile

Introducción: En el diagnóstico postoperatorio de una apendicitis aguda, los cirujanos realizan una clasificación que se basa en el aspecto macroscópico de la pieza quirúrgica obtenida; sin embargo, el diagnóstico histopatológico definitivo es reportado en diferido por la anatomía patológica, el que puede ser distinto al diagnóstico clínico, repercutiendo en la evolución clínica postoperatoria del paciente, y en el tipo de tratamiento y estadía hospitalaria. **Objetivo:** Revisar el grado de concordancia entre el diagnóstico clínico intraoperatorio de la apendicitis aguda realizado por el cirujano infantil y el diagnóstico histopatológico diferido.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que consistió en revisar los informes histopatológicos de pacientes pediátricos operados con diagnóstico de apendicitis aguda realizadas de Enero de 2007 a Octubre de 2008 en el Hospital Padre Hurtado.

Resultados: Se revisaron 782 pacientes. El promedio de edad fue de 9,5 años, con un predominio de pacientes varones (58,6%). El diagnóstico intraoperatorio del cirujano fue: apéndice normal en 4,3%, apendicitis no perforada en 53,5%, y apendicitis perforada en 42,2% de los casos. El diagnóstico histopatológico fue: apéndice normal en el 12,5%, no perforada 54,3 %, y perforada en el 33,1 % de los casos. De todos los apéndices clasificados por el cirujano como sin alteraciones histopatológicas hubo un 11,8% de casos con algún grado de inflamación. De los catalogados como apendicitis no perforadas, hubo un 15,6% de apéndices sin inflamación y un 5,3% con gangrena (perforación) en su pared. Y de los apéndices catalogados como perforados por el cirujano, hubo un 16,1% de apéndices sin gangrena ni perforación. La probabilidad de clasificar correctamente a los apéndices patológicos (sensibilidad) fue de un 99,4%, con un valor predictivo positivo de 91,3%; la probabilidad de identificar correctamente los apéndices sanos (especificidad) fue de sólo un 31,6%, con un valor predictivo negativo de 88,2%.

Conclusión: Existe una alta probabilidad de el equipo quirúrgico de urgencia identifique correctamente los apéndices enfermos, pero muy baja en la adecuada identificación de los apéndices normales. Además, existe una tendencia marcada a clasificar como apéndices cecales enfermos a un número significativo de piezas operatorias sin alteraciones histopatológicas, y a clasificar como perforados a apendicitis sin complicaciones, lo que conlleva una prolongación innecesaria en la terapia antibiótica y en la estadía hospitalaria.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Rendimiento de la Ecografía en el Diagnóstico de Apendicitis Aguda en pacientes pediátricos del Hospital Padre Hurtado : Revisión de 240 casos

Autores: Dr. Boris Kulikoff D.,
Internos: Macarena Honorato, Catalina Rodríguez A., Bernardita Walker
Hospital Padre Hurtado
Santiago, Chile

Introducción: La apendicitis aguda es la patología quirúrgica aguda abdominal más frecuente. Su diagnóstico adecuado aún constituye uno de los problemas más habituales en los servicios de urgencia pediátricos. Por lo anterior, la ecografía sigue siendo una de las herramientas de apoyo más solicitada.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es evaluar la utilidad de la ecografía abdominal en el diagnóstico de la apendicitis aguda en los pacientes pediátricos del Hospital Padre Hurtado.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado entre Enero 2007 y Octubre de 2008 de todas las consultas realizadas en el Área de Emergencia del Niño por dolor abdominal indicativo de probable apendicitis, en los que se realizó una ecografía abdominal para descartar patología apendicular aguda.

Resultados: Se reclutaron 240 pacientes con ecografía de urgencia por sospecha de apendicitis aguda. La edad promedio de los pacientes fue de 9,9 años (0,2 a 14 años). El 19,2 % de los pacientes se operaron. Los diagnósticos ecográficos fueron adenitis mesentérica (3,8%), apendicitis aguda en evolución (21,3%), lleítis (1,3%), Plastrón apendicular (0,8%), sospecha de lleítis (0,4%), sospecha de apendicitis (5,0%) y sin hallazgos patológicos (67,5%). Del total de ecografías realizadas, fueron verdaderos positivos 59 pacientes, falsos positivos 6 pacientes, verdaderos negativos 165 pacientes y falsos negativos 10 pacientes. La sensibilidad obtenida fue de 85,5%, y la especificidad fue de 96,5%. El valor predictivo positivo fue de 90,8% y el valor predictivo negativo de 94,3%.

Conclusión: El rendimiento global de la ecografía abdominal en el diagnóstico de apendicitis aguda en nuestro medio es aceptable y comparable a otros estudios publicados en la literatura internacional. Además, debido a su mayor accesibilidad, inocuidad y bajo costo, es el examen de apoyo de elección para el diagnóstico de apendicitis aguda en los pacientes pediátricos en urgencia, sobre todo en los casos dudosos.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

ANTIBIÓTICOTERAPIA EN APENDICITIS: BUSCANDO EL ALTA PRECOZ EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Autores: Díaz Saubidet I; Elías ME; Jaes A; Puga Nougues C; Rodríguez G; Bignón H
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción: La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en pediatría. Con amplio espectro de presentación y distintas alternativas para su tratamiento. Es en el tratamiento antibacteriano donde encontramos la mayor diversidad de opciones.

Objetivos: Evaluar la eficacia de un tratamiento antibiótico con pasaje precoz a la vía oral con el fin de acortar el tiempo de internación.

Materiales y Métodos: estudio retrospectivo, descriptivo. Se incluyeron a todos los pacientes operados por apendicitis aguda en el período de Enero a Septiembre de 2009. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tiempo de evolución, tipo de apendicitis, tiempo de tolerancia a la vía oral (VO), esquema de tratamiento antibiótico, tiempo de internación y complicaciones. Fueron divididos en dos grupos secuenciales según el esquema de tratamiento antibiótico que recibieron. Grupo A recibieron antibióticos endovenosos (EV) según el tipo intraquirúrgico de apendicitis: congestiva: única dosis; flegmonosa: 2 días; gangrenosa o perforada: 5 días, completando 10 días totales VO; peritonitis generalizada y plastrón apendicular: EV por 7 días, completando 14 días totales VO. Grupo B: tratamiento EV hasta tolerar dieta, luego VO. Se otorgó alta hospitalaria con 24hs de tolerancia VO, afebril.

Resultados: Se operaron 193 pacientes. Grupo A: 135 y grupo B: 58. Ambos grupos fueron comparables por no encontrarse diferencias estadísticamente significativas en las variables edad, sexo, tiempo de evolución, tipo de apendicitis y tiempo de tolerancia a la VO. La tasa de complicaciones en el grupo A fue de 26,7% y en el grupo B de 27,6%. No se observó un aumento de la morbilidad en los pacientes incluidos en el grupo B pero sí una reducción significativa del tiempo de internación (grupo A: 4, 24 días, grupo B: 3, 45 días). siendo más acentuada esta diferencia, especialmente, en las apendicitis complicadas.

Conclusión: Si bien no existe un consenso único para el tratamiento antibiótico de una patología tan frecuente como la apendicitis aguda, cada centro debe elegir el esquema antibiótico más conveniente para su medio. Siguiendo la tendencia actual de acortar la internación postoperatoria de diversas patologías, consideramos a ésta una opción viable, efectiva y segura, reduciendo las inconveniencias y los costos de una internación innecesariamente prolongada.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

VARIABLES LAPAROSCÓPICAS: TIEMPO OPERATORIO, CO₂ INSUFLADO, DOLOR POSTOPERATORIO Y NEUMOPERITONEO RESIDUAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Autores: Courel J; Báez J; Rassi R, MercadoC; Mesples G; Casado R; Dupertuis G; Ferryira M; Blanco C; Aznar M.
Hospital Infantil de Córdoba, Argentina

Objetivo: Los procedimientos laparoscópicos abdominales en la edad pediátrica constituye una herramienta indiscutible de diagnóstico y tratamiento, pero no están exentos de generar lesiones de órganos de difícil diagnóstico. Debido a esto, nos propusimos realizar un estudio prospectivo para determinar las principales constantes y su significado en el transcurso del post operatorio en pacientes sometidos a procedimientos laparoscópicos abdominales. Se estudiaron las variables laparoscópicas de nuestros pacientes agrupados según la edad, peso, sexo, diagnóstico, cantidad de trocarts utilizados, patología, tiempo operatorio y cantidad de CO₂ utilizado relacionándolos con dolor post operatorio y tiempo de neumoperitoneo residual.

Material y métodos: Se detallaron en forma prospectiva las conductas tomadas en 36 pacientes sometidos a laparoscopia abdominal de rutina en el período comprendido entre Noviembre de 2008 y Febrero de 2009 por el mismo equipo quirúrgico, determinando dos líneas de investigación, primero en la cantidad de trocarts utilizados según patologías presente (Grupo 1: hasta 2 trocates: apendicectomías, verificación de anillos inguinales, varicoceles, videolaparoscopia diagnóstica, cecostomía para ostoma continente, drenaje de colecciones intraabdominal, resección de vasos testiculares para procedimientos de Fowler-Stephens n= 25; Grupo 2: tres o más trocates: nefrectomías transperitoneal, síndrome de la union pieloureteral, colecistectomía, esplenectomía, patología anexial n =11), y segundo según presencia de neumoperitoneo residual (Grupo1: presencia de neumoperitoneo entre 24 y 72 hs. postoperatorio, n = 4, y Grupo2: presencia de neumoperitoneo con más de 72 hs. postoperatorio, n = 32). Se analizaron los resultados de las variables estadísticas cruzando sus efectos entre sí y por línea de trabajo, determinando su significación estadística (p) con el student Test y Anova Test.

Resultados: De un total 58 pacientes asistidos por tecnica laparoscopica, 36 se incluyeron en el estudio. NO se detectaron diferencias significativas entre las distintas variables de los casos según la edad, el tiempo operatorio, el peso, el CO₂ utilizado, duración del neumoperitoneo residual y dolor postoperatorio. Conclusiones: en las variables analizadas la correlacion tiempo de neumoperitoneo postoperatorio vs dolor y vs insuflacion de CO₂ no mostro significación estadística.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Tuberculosis peritoneal : “ La gran simuladora ”

Autores: Rojas-Abán Raúl , Lazo de la Vega Evelin, Virhuez Rene, Vía Álvaro
Servicio de Cirugía, Hospital de Niños “Mario Ortiz Suárez”
Santa Cruz de la Sierra, Bolivia

Introducción: La tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública, la forma clínica más común es la enfermedad pulmonar, las formas extrapulmonares son de difícil diagnóstico. La tuberculosis peritoneal es una presentación poco frecuente aun más en la edad pediátrica. Presentamos 4 casos de tuberculosis peritoneal en niños, que recibieron conducta quirúrgica que simularon otras patologías.

Presentación de casos: 1er caso.- Femenino de 3 meses, que consulta por salida de heces fecales por orificio umbilical, con desnutrición severa. Se realiza laparotomía encontrándose gran masa de caseum que abarca todo el contenido abdominal y presencia de múltiples fístulas entéricas. 2do caso.- Masculino de 18 meses de edad que ingresa por presentar dolor abdominal, vómitos, distensión abdominal. Al ingreso en malas condiciones generales, desnutrido. Abdomen distendido, ruidos hidroaereos aislados. Radiografía de abdomen con niveles hidroaereos. Posterior a corrección de alteraciones hidroelectrolíticas, se realiza laparotomía exploratoria con los siguientes hallazgos plastrón caseificado que correspondía a epiplón mayor adherido a colon transversal. 3er. caso.- Escolar de 6 años de edad sexo femenino que consulta por dolor abdominal con predominio en hipogastrio y fosa iliaca derecha. Se sospecha de masa abdominal con ecografía que refiere tumoración de 6 por 8 cm en fosa iliaca derecha. Se realiza laparotomía observando tumoración de caseum que comprende peritoneo que rodea órganos intraabdominales, predominio fosa iliaca derecha. 4to. caso.- Escolar femenina de 11 años que consulta por convulsiones, se realizan estudios diagnosticándose meningitis tuberculosa. Paciente mal estado general en asistencia ventilatoria mecánica con tratamiento antituberculoso, se solicita gastrostomía para alimentación, en el procedimiento quirúrgico se evidencia abdomen congelado, estómago indistinguible. A todos se tomo biopsia y cultivo de liquido peritoneal. Todos recibieron tratamiento antituberculoso, los dos primeros fallecieron por shock séptico.

Discusión: El primer caso documentado de tuberculosis peritoneal data de 1843, en un hospital de New York; es conocida como la “gran simuladora”, porque la tuberculosis mimetiza toda una variedad de padecimientos. En el primer caso simulo un conducto onfalomesentérico persistente. En el segundo una oclusión intestinal. En el tercero simulo tumoración intraabdominal y el cuarto estuvo asintomático. La afección del peritoneo ocupa el sexto lugar, después de los ganglios linfáticos, genitourinaria, osteoarticular, miliar y meníngea. Eventualmente, 25 a 75% de los pacientes con tuberculosis abdominal requerirán cirugía, ésta debe ser un procedimiento conservador y reservándose las resecciones intestinales para casos complicados.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

PREMEDICACIÓN EN CIRUGÍA AMBULATORIA INFANTIL; EN POBLACIÓN RURAL. DESCRIPCIÓN DE 1 AÑO DE EXPERIENCIA

Autores: Frutos C, Labraña C, Nome C, , Suárez V.
Hospital Nueva Imperial, Universidad Mayor.
Temuco, Chile

Introducción: Cada vez más se preconiza la ambulatoriedad de la cirugía y la cirugía infantil no está ajena a ello. Por otro lado se sabe que el estrés causado en el niño que ingresa a pabellón es una situación muy desagradable tanto para el paciente como para los padres y el equipo quirúrgico. La premedicación con benzodiazepinas es una buena alternativa, pero se discute su seguridad al plantearlo en esta situación de ambulatoriedad y más aun en población rural.

Objetivo: Describir la experiencia al usar premedicación preoperatoria en población pediátrica sometida a cirugía ambulatoria.

Material y Método: Se incluyen todos los pacientes pediátricos que se someten a cirugías de fimosis, criptorquidea o hernia; ASA I o II y que no presentan alguna contraindicación para la aplicación de la premedicación. El niño es citado en ayunas a la unidad de cirugía pediátrica, donde se le asigna una cama y es preparado para pabellón. 15 a 20 minutos antes de la intervención se administra midazolam 0.5mg/kg v.o. con jugo de manzana, en volumen total de no más de 5cc. Se evalúa sedación al momento de ingresar a pabellón con la Escala Comfort¹. Se considera adecuada con valores entre 17 y 26. Se realiza inducción inhalatoria con sevoflurano, se coloca vía venosa y se administra fentanil (2ug/kg), lidocaína (1mg/kg); se mantiene con sevoflurano y máscara laríngea. El manejo analgésico se realiza con ketoprofeno (2mg/ kg) asociado a bloqueo con bupivacaína al 0.25%. Al término de la cirugía se evalúa tiempo promedio del despertar, presentación o no del síndrome de emergencia al despertar², apreciación cualitativa por parte del equipo y de la familia. El paciente es dado de alta de recuperación a las 2 horas. Es dado de alta a su casa desde la Unidad de Cirugía Pediátrica según pauta establecida. El control es realizado entre los 5 a 7 días postoperatorio por los mismos cirujanos infantiles quienes registran la presencia de alguna complicación en relación al procedimiento.

Resultados: Ingresan a este estudio 268 pacientes. 51% circuncisión, 26% descenso testicular, 22% hernioplastia y 1% cirugía mixta. Edad promedio 6 años (DE=3.1). Sin considerar pacientes derivados de Temuco (25%) un 40% son rurales. Un 94% de los pacientes obtuvo Escala Comfort entre 17 y 26 al ingreso de pabellón. Promedio de despertar post-termino de la anestesia fue de 15 minutos. Se evidenció Síndrome de emergencia puro en un 9% de los niños. La evaluación cualitativa del equipo y de los padres fue buena o muy buena en un 90%. No se evidenciaron complicaciones atribuibles a la premedicación. No se evidenció reacción paradójica al midazolam.

Conclusiones: Este tipo de premedicación resulta ser segura en población pediátrica ambulatoria. Además podría ser útil en disminuir el síndrome de emergencia infantil. Por otra parte mejora la calidad de la atención tanto para la familia como el paciente y el equipo.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TOG: TÉCNICA DE ONICOGUÍA

Autores: Zavala A, Heusser C, Valenzuela P.
Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Dr. Exequiel González Cortés
Santiago, Chile

Introducción-Objetivo: La onicocriptosis es una patología de consulta pediátrica frecuente. Un porcentaje de estos pacientes requerirá cirugía existiendo varias técnicas descritas en la literatura, con una recidiva entre un 2-73%. Este trabajo presenta la técnica de onicoguía (TOG) que es una adaptación a la técnica descrita por Wallace, fácil de realizar y cómoda para los pacientes.

Material y Método: Se presenta una serie de 71 pacientes sometidos a TOG entre Julio del 2001 y Julio 2009. Según la edad del paciente, la TOG se efectuó con anestesia local en sala de procedimientos o con anestesia general en pabellón. Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes operados obteniendo los datos por revisión de fichas o encuesta telefónica.

Resultados: De los 71 pacientes tratados con TOG, 46 fueron hombres (64, 7%). La edad promedio fue de 12 años con un rango de 2 a 16 años. Hubo recidiva en 9 pacientes (12, 6%), de los cuales 3 requirieron técnica clásica con resección matriz y plastía lecho y a 6 se les repitió el procedimiento con buen resultado. Hubo 1 paciente en que el procedimiento se repitió 2 veces y en la segunda recidiva se realizó el procedimiento clásico. En 62 pacientes (87, 3%) se realizó un solo procedimiento. El tiempo de permanencia del tubo, presentó un rango de 1 a 20 semanas. Uno de los pacientes presentó celulitis requiriendo hospitalización y antibiótico endovenoso.

Discusión: La TOG presenta una incidencia de recidiva de 12, 6% que está en el rango bajo según lo descrito. La técnica de resección de matriz y fenolización del lecho es la que presenta la menor recidiva, 2-5%. La ventaja del TOG es la rapidez con que se controlan las molestias, pudiendo volver los niños a clases a las 48hrs. Es una técnica indicada en las onicocriptosis iniciales y especialmente cuando el borde encarnado se encuentra más allá de la mitad distal del surco ungueal.

Conclusión: La TOG es una buena alternativa en el tratamiento de los niños con onicocriptosis, poco traumática y de rápida recuperación.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

EL PÉPTIDO TRFOIL TFF3 PREVIENE LA LESIÓN POR ISQUEMIAREPERFUSIÓN EN UN MODELO DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE MEDIANTE UN AUMENTO EN LA EXPRESIÓN DE VEGF

Autores: Javier Lerena, Rosalía Carrasco, Noelia Pérez, Sandra Alonso*, Miguel Pera*
Hospital Sant Joan de Deu, * Hospital del Mar
*Unidad de Cirugía Colorrectal, Servicio de Cirugía General
Barcelona, España

Introducción: Hemos demostrado previamente que el péptido trefoil TFF3 tiene un efecto protector y reparador en un modelo experimental de enterocolitis necrotizante (ECN). Se ha sugerido que no sólo estimula la restitución epitelial sino también la angiogénesis. El objetivo era evaluar si el efecto de TFF3 está mediado por un aumento en la expresión del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF).

Métodos: Se han utilizado ratas Sprague-Dawley de 15 días: grupo 1 (ECN), grupo 2 (ECN-TFF3 profiláctico) y grupo 3 (ECN-TFF3 terapéutico). La ECN fue inducida mediante oclusión de los vasos mesentéricos superiores durante 45 minutos. Se administró una dosis subcutánea (3 g/g) de TFF3 30 minutos antes de la isquemia (grupo 2) y 60 minutos después de la reperusión (grupo 3). Se calculó la altura media (AMV) y el grosor medio (GMV) de las vellosidades en el íleon 3 horas tras la reperusión. Se determinó la concentración de VEGF en suero.

Resultados: La AMV (grupo 1: 23 ± 12 vs. grupo 2: 46 ± 6 vs. grupo 3: 40 ± 6 m; $p=0.001$) y el GMV (grupo 1: 9 ± 3 vs. Grupo 2: 11 ± 2 vs. grupo 3: 12 ± 2 m; $p=0.02$) fueron mayores en los dos grupos de TFF3. Los niveles de VEGF fueron mayores en el grupo de TFF3 profiláctico (grupo 1: 42 ± 36 vs. grupo 2: 288 ± 318 vs. grupo 3: 108 ± 150 pg/ml; $p<0.05$).

Conclusión: TFF3 previene el desarrollo y promueve la curación de la lesión por isquemia-reperusión en un modelo de ECN. Este efecto puede estar mediado, en parte, por un aumento en la expresión de VEGF.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

IMPACTO DE LA ISQUEMIA PRECONDICIONANTE EN EL PULMÓN DE RATA

Autores: Aixa Reusmann, Mariano Boglione, Martín Cadario, Marcelo Barrenechea, Marcelo Asprea, Gustavo Williams, Delio Aguilar
Hospital J. P. Garrahan
Buenos Aires, Argentina

En varios estudios experimentales se ha descrito a la isquemia preconditionante (IP) como factor de protección sobre la injuria en distintos órganos (hígado, corazón, riñón, etc.). En un estudio previo establecimos que el tiempo de isquemia necesario para producir deterioro en la hematosis en la rata es de 60 minutos de isquemia. También vimos que mantener la ventilación durante la isquemia tiene un efecto protector sobre la función pulmonar. El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto de la isquemia preconditionante en un modelo de injuria pulmonar por isquemia. Se utilizaron 25 ratas Wistar endocriadas con un peso entre 250 y 300 gramos. Se dividieron los animales en grupos de 5 ratas cada uno. Mediante esternotomía mediana se accedió a ambos hilos pulmonares. Luego del tiempo estipulado para cada grupo se tomó una muestra de sangre arterial de la aorta ascendente para medición de gases en sangre. Se sacrificó el animal, se extrajo el pulmón izquierdo y se lo conservó en formol. Los grupos se distribuyeron de la siguiente manera: grupo A: control, grupo B: simulacro, grupo C: 60 min de isquemia sin ventilación y 45 min de reperfusión, grupo D1: 10 min de isquemia preconditionante sin ventilación, 10 min de reperfusión, 60 min de isquemia sin ventilación y 45 min de reperfusión, y grupo D2: 10 min de isquemia preconditionante con ventilación, 10 min de reperfusión, 60 min de isquemia sin ventilación y 45 min de reperfusión. La función pulmonar se evaluó mediante el análisis del estado ácido-base de cada animal antes de ser sacrificado. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó la prueba T de Student asumiendo varianzas desiguales. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo. El grupo sometido a isquemia preconditionante sin ventilación (grupo D1) tuvo peores valores de pH, pO_2 y saturación que el grupo usado como modelo de daño por isquemia (grupo C). Sin embargo el grupo en que se efectuó el preconditionamiento manteniendo la ventilación (grupo D2) mostró mejores valores en todos los parámetros de laboratorio comparado con el grupo C. Concluimos que la isquemia preconditionante sin ventilación provoca mayor daño pulmonar y contrariamente el preconditionamiento con ventilación tiene un efecto beneficioso sobre la misma.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

ESTUDIO DEL EFECTO PROTECTOR DE LA ERITROPOYETINA EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE

Autores: Javier Lerena, Rosalía Carrasco, Noelia Pérez, Sandra Alonso*, Miguel Pera*
Hospital Sant Joan de Deu, * Hospital del Mar
*Unidad de Cirugía Colorrectal, Servicio de Cirugía General
Barcelona, España

Introducción: La eritropoyetina (EPO) tiene un efecto protector sobre las lesiones por isquemia-reperusión en el cerebro y corazón. Se ha sugerido que este efecto podría estar mediado por un aumento en la expresión del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF). El objetivo era evaluar si la EPO tiene un efecto protector en un modelo experimental de enterocolitis necrotizante (ECN).

Métodos: Se han utilizado ratas Sprague-Dawley de 15 días: grupo 1 (ECN), grupo 2 (ECN con EPO humana) y grupo 3 (ECN con EPO de rata). La ECN fue inducida mediante oclusión de los vasos mesentéricos superiores durante 45 minutos. Se administró EPO subcutánea (500 U/Kg/día) durante 6 días antes de la isquemia. Se calculó la altura media (AMV) y el grosor medio (GMV) de las vellosidades en el íleon 3 horas tras la reperusión. Se determinó la concentración de VEGF en suero.

Resultados: La AMV fue significativamente mayor en los dos grupos de EPO (grupo 1: 23±12 vs. grupo 2: 38±10 vs. grupo 3: 39±15 m; p=0.003). El GMV también fue mayor aunque la diferencia no alcanzó la significación estadística (grupo 1: 8±2 vs. grupo 2: 10±1 vs. grupo 3: 10±2 m; p=0.09). Los niveles de VEGF en suero fueron mayores en el grupo de EPO humana (grupo 1: 42±36 vs. grupo 2: 390±430 vs. grupo 3: 55±110 pg/ml; p<0.05).

Conclusión: La EPO protege frente a la lesión por isquemia-reperusión en un modelo de ECN. Este efecto puede estar mediado, en parte, por un aumento en la expresión de VEGF.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**ATLAS VIRTUAL DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL NIÑO:
WWW.ENDOSCOPIAPED.CL**

Autores: Cavagnaro Infante A.*, Bettancourt Guglielmetti C.* y Francisco Saitua**. Hospital Luis Calvo Mackenna**, Clínica Alemana de Santiago** y Universidad del Desarrollo* Santiago, Chile

Introducción: La globalización del conocimiento y la omnipresencia de Internet han cambiado profundamente la forma de estudiar y adquirir conocimientos en medicina. La transmisión de la experiencia, probablemente la etapa de mayor valor en el proceso de enseñanza aprendizaje. Por otra parte la endoscopia digestiva pediátrica es un campo en constante desarrollo tecnológico y nuevas aplicaciones en cuya enseñanza y socialización de conocimientos las imágenes juegan un rol fundamental en la docencia y estudio de los casos clínicos. El objetivo de este trabajo es mostrar un atlas virtual de endoscopia digestiva pediátrica, www.endoscopiaped.cl, como método de transmisión de conocimiento y experiencia en la técnica.

Método: Se sistematizaron las imágenes y videos recolectados en más de 10 años de experiencia endoscópica, clasificándolas en distintas categorías de patologías por segmento corporal estudiado, se editaron agregando detalles técnicos, anatómicos y clínicos que mejoren la comprensión de ellas. También se incluyeron imágenes acerca de los instrumentos y técnicas endoscópicas, mantención de equipos, preparación de los pacientes y cuidados post procedimientos. Se diseñó y construyó una interfase multimedia que permitiera recorrer y estudiar amigablemente las imágenes. Se adquirieron los dominios y hosting necesarios para subir a la web el atlas.

Resultado: El atlas agrupa cerca de 75 patologías y técnicas endoscópicas, ordenadas en categorías: Patología oral y faríngea, esofágica, gástrica, duodenal, intestino delgado, colon y rectoanal. En cada una se muestran imágenes diagnósticas y terapéuticas, en fotografías y videos, que permiten conocer la patología, comprender el tratamiento y la técnica utilizada.

Discusión y conclusión: La era digital ofrece la posibilidad de aumentar a un bajo costo la cobertura, calidad y oportunidad de la educación médica. Este atlas de endoscopia digestiva pediátrica www.endoscopiaped.cl permite entregar de una manera didáctica y completa la experiencia diagnóstica y terapéutica de un gran número de patologías del tubo digestivo del niño, permitiendo globalizar la información, colaborar en la formación de futuros endoscopistas y cooperando en el manejo de pacientes.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

EXPERIENCIA CONJUNTA EN ARGENTINA Y CHILE CON LA TÉCNICA SÍMIL-EXIT PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA GASTROSQUISIS

Autores: Svetliza J, Espinosa A, Gallo M, Palermo M, Deguer C, Moreno Abad A., Márquez R.
Hospital "Dr. José Penna" de Bahía. Blanca (ARG), Hospital Carlos Van Buren (CHI) Bahía Blanca, Argentina

Introducción: La gastrosquisis es una condición cuya prevalencia continúa en incremento, afectando a los embarazos de las mujeres más jóvenes. La detección prenatal, un adecuado manejo perinatal y un tratamiento quirúrgico precoz, podrán contribuir a reducir la morbimortalidad en esta patología.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia conjunta en el tratamiento de pacientes con gastrosquisis, seleccionados durante el seguimiento prenatal, en la técnica símil-EXIT, que consiste en la reducción intraparto y sin tensión de las vísceras herniadas, con el soporte de la circulación feto-placentaria.

Pacientes y Métodos: Desde noviembre de 2005 hasta la actualidad hemos tratado 14 pacientes portadores de gastrosquisis (11 en Argentina y 3 en Chile), seguidos semanalmente por ecografía desde las 30 semanas de gestación. Se acordaron como marcadores ecográficos para la finalización del embarazo, una vez alcanzadas las 34 semanas, una dilatación intestinal igual o superior a 20 milímetros en el asa centinela. En el caso de patologías maternas u obstétricas que así lo requirieron, se realizó la interrupción del embarazo antes de las 34 semanas.

Resultados: Se realizó la técnica símil-EXIT en 14 recién nacidos por cesárea, entre las 31 y 37 semanas de edad gestacional. En todos los casos se consiguió la reducción de las asas entre los 2 y los 7 minutos de maniobras suaves, con el soporte de la circulación placentaria. Ningún paciente requirió anestesia general. Todos pudieron alimentarse por vía oral a los 11 días promedio (6-21), con el alta a los 25 (14-43) días de vida, sin secuelas ni reintervenciones en 4 a 43 meses de seguimiento. Entre las malformaciones asociadas se hallaron un divertículo de Meckel en un paciente y una artrogriposis en otro.

Discusión: El símil-EXIT es una técnica simple y sencilla de reproducir, basada en un manejo prenatal adecuado y multidisciplinario. Ante los resultados expuestos se torna necesario un estudio prospectivo randomizado con el propósito de cotejar si con este procedimiento se pueda lograr una importante disminución en la morbimortalidad perinatal de esta patología, que por tratarse de una enfermedad casi siempre aislada, se mantiene elevada.

Palabras Clave: Gastrosquisis; símil-EXIT.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

LONGITUD DEL ESÓFAGO EN EL NIÑO

Autores: Drs. López Ruano A*, Dolz. A*, Saitua Pérez. F** y Saitua Doren F*.
Hospital Luis Calvo Mackenna, Escuela de Ingeniería Universidad Católica de Chile
Santiago, Chile

Introducción: El conocimiento anatómico es básico en la práctica clínica y quirúrgica, influyendo en la comprensión de enfermedades, exámenes y procedimientos diagnósticos y terapéuticos. El niño varía el tamaño de sus órganos con la edad, la talla y el peso corporal, entre otras variables. La longitud de los segmentos del tubo digestivo son una interrogante aún no resuelta. Parte obligada de una endoscopia es la medición de la distancia arcada dentaria (el inicio del tubo digestivo) – línea Z, que representa el fin del esófago. El objetivo del trabajo fue determinar la longitud del segmento arcada dentaria – línea Z (incluye boca, faringe y esófago) en pediatría.

Materiales y Método: Se revisaron las endoscopías digestivas altas entre agosto 2007 – Mayo 2009. Descartamos los pacientes con patologías que afecten el largo esofágico: reemplazo esofágico, hernia hiatal, etc. Se registró: Edad, peso, talla y distancia entre la arcada dentaria y la línea Z. A los datos se les realizó un estudio de regresión lineal univariable y luego multivariable. Se determinó la significación estadística.

Resultados: De 430 pacientes, se incluyeron 305. El análisis de regresión lineal univariable mostró que la talla, el peso y la edad independientemente presentaron un coeficiente de correlación $r > 0,9$ y una significancia estadística $p < 0,001$ en el test de anova. Al realizar el análisis de regresión multivariable se obtuvo un valor de $R^2 = 0,82$ y $p < 0,001$. Finalmente se construyó la ecuación que representa el largo del segmento arcada dentaria a línea Z = $(\text{edad (años)} * 0,26) + (\text{talla (cm)} * 0,12) + (\text{peso (kg)} * 0,049) + 11,636$

Discusión: El conocimiento anatómico permite realizar con precisión procedimientos diagnósticos y terapéuticos. El análisis estadístico de nuestros datos ha permitido generar una ecuación que permita estimar con un 94% de precisión la distancia entre la arcada dentaria y línea Z.

Conclusión: La utilidad de esta medida es contribuir al conocimiento anatómico del niño y su variación a lo largo del desarrollo, colaborar en procedimientos como instalación de sondas, stent y guías esofágicas, uso de sobretubos endoscópicos de medidas adecuadas y guiar el proceso de dilatación esofágica entre otros.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Perfil Quirúrgico No Cardiovascular en pacientes pediátricos con Síndrome de Down: experiencia de 9 años en el Hospital Padre Hurtado

Autores: Drs. Boris Kulikoff D., Inta. Fernanda Vargas D., Patricio Herrera O., Mario De Giorgis S.
Hospital Padre Hurtado
Santiago, Chile

Introducción: No existe en la literatura una descripción de cuáles son las patologías quirúrgicas no cardíacas más frecuentes a las que se ve enfrentado el cirujano pediátrico en el seguimiento y tratamiento de los pacientes con Sd. de Down.

Objetivo: Describir el perfil quirúrgico no cardíaco de los pacientes con Síndrome de Down en el Hospital Padre Hurtado.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de las historias clínicas y protocolos quirúrgicos de los pacientes con Síndrome de Down que han sido atendidos por Cirugía Pediátrica del Hospital Padre Hurtado de Enero del 2000 a Julio del 2009.

Resultados: Se identificaron 193 pacientes portadores de Sd. Down, de los cuales 47 (24,4%) fueron intervenidos quirúrgicamente por causas no cardíacas. El 80,9% correspondió a pacientes varones. La mediana de edad al momento de la primera cirugía fue de 3 meses (0 días a 12,2 años); el 17% de los pacientes se operó dentro de las primeras 24 hrs. de vida, el 29,8% se operó dentro de la primera semana, el 42,6% se operó dentro del primer mes de vida, y el 63,8% se operó dentro del primer año de vida. Casi la mitad de los pacientes (48,9%) tuvo 2 o más cirugías, y uno de cada cuatro pacientes (25,5%) tuvo 3 o más cirugías. Más de la mitad de los pacientes (55,1%) se operaron por: Reflujo Gastroesofágico patológico y Trastorno de deglución (15,9%), Atresia, Estenosis y Diafragma duodenales (8,7%), Atresia de esófago sin FTE y con FTE distal (8,7%), patología diafragmática congénita (8,7%), Ano imperforado sin fístula (4,3%), Enfermedad de Hirschsprung (2,9%), Malrotación Intestinal (2,9%), y Atresias de Intestino delgado (2,9%). Del resto de los pacientes, el 4,3% presentó una Enterocolitis necrotizante quirúrgica, y el 8,7% alguna patología inguino escrotal (Hernia inguinal bilateral o criptorquídea).

Conclusiones: Los pacientes con Síndrome de Down son una fuente importante y frecuente de patología quirúrgica para los cirujanos infantiles, por lo que creemos debiera existir una evaluación y seguimiento quirúrgico más cercano en busca de las condiciones más frecuentes que afectarán a este grupo tan especial de enfermos pediátricos.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

EXIT Y OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA FETAL

Autores: Theodor N, Zavala A, García K, Iñiguez R, Urzua S, Lacassie H, Riutort C.
Pontificia Universidad Católica de Chile
Santiago, Chile

Introducción-Objetivo: El EXIT(E) aparece en la cirugía fetal traqueal. indicado en lesiones fetales con potencial obstrucción de vía aérea. Se presentan 4 casos manejados mediante E. Pacientes 1.- 25 semanas gestación (sg), se diagnostica por RM epignathus. E de 10 minutos, se completó con traqueostomía. No hay vía aérea superior. En comité de ética se decide mantener solo con soporte mínimo fallece a los tres días. 2.- Hernia Diafragmática Bilateral, oclusión traqueal endoscópica fetal a las 26 sg. A las 29 sg se hospitaliza por rotura de membranas. Al tercer día de hospitalización inició metrorragia que adelanta el E. La extracción del balón se realizo con broncoscopio. Al 3 día postnatal se decide frenoplastia bilateral, el paciente fallece al 2 día post quirurgico. 3.- 32 sg se diagnóstico por RM linfangioma cervical. Con 33 sg se decide E por rotura membranas, toma 50 minutos requiriendo traqueostomía. Al 8 día de vida se intenta cirugía por problemás de via aerea se suspende. Al día 41 se realiza resección del tumor en circulacion extra corporea. Biopsia teratoma inmaduro. Paciente evoluciona en forma aceptable. 4.- 39 sg se diagnostica por RM linfangioma cervical. E 40 sg se logra vía aérea en 4 minutos mediante endoscopia. Se traslada a su centro, donde se realiza extirpación parcial, escleroterapia y traqueostomía. La masa se encuentra en espera de resolución.

Discusión: Indicaciones actuales de E son multiples. Para esto se requiere de un diagnóstico fetal preciso. La evaluación materna debe considerar factores de riesgo como la inercia uterina y la reserva de unidades de glóbulos rojos. Las consideraciones intraoperatorias del procedimiento deben estar establecidas. Anestesia materna y fetal, tecnica de la cesarea y pasos planificados para obtener una via aerea. El espacio fisico de pabellón, el Número de personas y la ubicación de equipos.

Conclusión: El procedimieto de E fue exitoso en los 4 casos. Dos pacientes fallecieron a pocos días de nacer, esto obliga a reevaluar la indicación en base a los requerimientos maternos. Los 2 casos que sobreviven han requerido multiples procedimientos de alta complejidad.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

INSTALACIÓN SONDA NASOYEYUNAL: UNA EFICAZ VARIACIÓN EN LA TÉCNICA ENDOSCÓPICA

Autores: M. Ángel, F. Saitua, MP. Muñoz
Hospital Luis Calvo Mackenna
Santiago, Chile

Introducción: Existen muchas técnicas de colocación de sondas nasointestinales a ciegas, con o sin guía endoscópica o radiológica y quirúrgica. La instalación endoscópica es una de las técnicas disponible para asegurar el éxito de la instalación de la sonda nasoyeyunal. Este procedimiento tiene una tasa de éxito variable en la literatura en torno al 70-90 %. En la búsqueda de una técnica que permita acercarnos al 100% de éxito en la instalación introducimos algunas variaciones al procedimiento. El objetivo de este trabajo es comunicar nuestra técnica de instalación de la SNY guiada por endoscopia.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo evaluando una variación en la técnica de posicionamiento endoscópico de SNY en veinte pacientes y que disminuye su desplazamiento. La técnica utilizada fue con el paciente bajo anestesia general y se describe a continuación: Preparación sonda diámetro adecuado. Lubricar lumen sonda con vaselina líquida. Instalar segundo conductor de manera de hacerla más rígida. Colocar rienda de seda a 0-10-20 cm. desde la punta. Lubricar cara externa sonda con xilocaina. Introducción sonda por vía transnasal hacia el estómago. Introducción de gastroscopio flexible. Insuflación estómago con aire. Primero avanzar sonda manualmente bajo visión gastroscópica hacia píloro arrastrando sonda a través riendas con pinza hasta su máxima extensión. Retiro pinza. Retiro de conductores con maniobras suaves y controlando bajo visión que sonda no se devuelva. Retiro gastroscopio con maniobras suaves en sentido horario y antihorario de manera de evitar arrastrar sonda hacia el estómago. Control de posición de sonda en yeyuno a través de rx abdomen simple.

Resultados: Se obtuvo una adecuada ubicación en el 95 % de los pacientes. No hubo complicaciones asociadas al paso de la sonda. Se logró una adecuada nutrición en el 100% de los pacientes

Conclusiones: Nuestra variación en la técnica endoscópica constituye una eficaz ubicación de sondas nasointestinales.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRÓNICA INTESTINAL (EICI) EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Autores: Tovar JA, Barrena S, Martínez L, Hernández F, Lassaletta L, López-Santamaría M, Prieto G, Larrauri J.
Servicio de Cirugía, Hospital Universitario La Paz,
Madrid, España

Justificación y Objetivos: La enfermedad inflamatoria crónica intestinal (EICI) es cada día más frecuente en niños y adolescentes. Revisamos nuestra casuística con el fin de informar a otros grupos sobre los problemas planteados por el tratamiento quirúrgico de esta patología emergente.

Material y métodos: Revisamos los pacientes diagnosticados de colitis ulcerosa (CU), colitis indeterminada (CI) y enfermedad de Crohn (EC) entre 1992 y 2008 con criterios clínicos, endoscópicos e histológicos. Fueron tratados con medidas nutricionales y medicamentosas (antiinflamatorios, corticoides, inmunosupresores o anticuerpos anticitoquinas). Se aplicaron medidas quirúrgicas cuando estos medios fracasaron o en caso de complicaciones graves. Se registraron las operaciones, las complicaciones y los resultados.

Resultados: De 76 niños con EC, 12 requirieron cirugía (7 resecciones ileocólicas, 3 yeyunoileales, 2 cólicas, 1 estricturoplastia y 1 trasplante intestinal). Hubo mejoría clínica en todos los casos, aunque también recidivas a otros niveles del intestino. Los pacientes con formas rectales portan derivaciones definitivas. De 107 casos de CU, 30 requirieron cirugía: 8 colectomías urgentes por hemorragia o megacolon tóxico (1 fallecimiento) y 25 proctocolectomías restauradoras con ileoanostomía (PCRIA) sin (n=16) o con (n=9) reservorio en J bajo ileostomía. Al cabo de un año la mayoría de los pacientes evacuan 6-8 veces al día, son continentes diurnos y solamente 25% tienen fugas nocturnas. Las complicaciones quirúrgicas fueron frecuentes pero la calidad de vida a largo plazo es casi normal. Por último, 4 colitis indeterminadas fueron inicialmente diagnosticadas de CU, se trataron con PCRIA pero fueron ileostomizados más tarde por ulceraciones ileales.

Conclusiones: La frecuencia de la EICI en niños y adolescentes está aumentando. El cirujano pediatra debe estar familiarizado con estas enfermedades. El tratamiento quirúrgico es difícil y tiene complicaciones y problemas numerosos, pero los resultados finales son buenos y la calidad de vida de los pacientes puede mejorar mucho.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA TRANSUBILICAL: UNA PROPUESTA DIFERENTE

Autores: Guelfand M., Godoy M, Varela P.
Clínica Las Condes – Hospital Exequiel González Cortés
Santiago, Chile

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva tradicional requiere que cada instrumento sea introducido a través de un trocar por una incisión separada. En la actualidad se dispone de trocaries que permiten la introducción de varios instrumentos. Estos aún son costosos y de un diámetro no óptimo para los niños. Describimos nuestra experiencia con una técnica laparoscópica transumbilical SIN TROCAR, que permite realizar cirugías en forma laparoscópica solo a través de la cicatriz umbilical.

Objetivo: Describir nuestra experiencia en cirugía laparoscópica a través de la cicatriz umbilical sin utilización de trocaries

Paciente y métodos: Se revisaron las fichas de los pacientes en que se realizó la técnica laparoscópica transumbilical sin trocar en los últimos 18 meses.

Resultados: Se realizaron 100 cirugías con esta técnica. De estas 90 fueron apendicetomías, 4 gastrotomías, 3 cirugías de patología anexial, 2 colecistectomías y 1 duplicación intestinal. No hubo complicaciones intra-operatorias. Se realizó solo 1 conversión a laparoscopia convencional (colecistectomía). No se presentó ninguna complicación post-operatoria derivada de la técnica quirúrgica utilizada.

Discusión: La técnica utilizada no ha sido descrita en niños. Esta primera revisión de casos ha mostrado ser una técnica eficaz y segura. A pesar de requerir un entrenamiento avanzado en cirugía mínimamente invasiva, logra excelentes resultados quirúrgicos, estéticos y a su vez resulta más económica al no utilizar trocar.

Conclusión: La cirugía transumbilical sin trocar es una excelente alternativa a la cirugía laparoscópica con múltiples trocaries, siendo segura y efectiva en estos casos, además de poseer un ahorro de costos importantes.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TUMORES DE LA PARED TORÁCICA EN PEDIATRÍA: REVISIÓN DE 10 AÑOS

Autores: Blanco Martínez, A., González García, G., Linacre Sandoval, V., Villagrán Mendoza, L., Navarrete Gallegos, H.
Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago
Santiago, Chile

Introducción: Los tumores de pared torácica (TPT) tienen baja incidencia. Pueden ser benignos o malignos siendo estos últimos más comunes, principalmente el Tumor Neuroectodérmico Primitivo (PNET). El manejo de TPT malignos comprende el uso de quimioterapia, cirugía y radioterapia.

Métodos: Análisis retrospectivo de los casos de TPT tratados en el Hospital Luis Calvo Mackenna en el período de 1998 al 2008.

Resultados y discusión: Se analizaron 13 casos, edad promedio 10 años (rango 2 a 16 años). Seis mujeres y 7 hombres. Tres fueron tumores benignos y 10 malignos. Todos fueron estudiados con imágenes preoperatorias. En los (TPT) benignos se realizó resección primaria y reparación con malla, sin biopsia preoperatoria. Se diagnosticaron 2 osteocondromas y un quiste óseo aneurismático. No hubo complicaciones quirúrgicas. Los pacientes están libres de enfermedad. En los otros 10 casos se realizó biopsia inicial que confirmó (PNET) (n=8) y Rhabdomyosarcoma (RMS) (n=2). Al diagnóstico 2 casos con (PNET) presentaban metástasis. Todos recibieron quimioterapia pre y postoperatoria, se logró reducción tumoral en 2 (RMS) y 6 (PNET). Se realizó resección en bloque, con 1 cm de margen libre de tumor. Se resecaron en promedio 3 costillas (rango de 2 a 6). En 4 casos se resecó pulmón contiguo, diafragma en uno y metástasis pulmonares en 2. La pared se reconstruyó con malla Marlex® y colgajos musculares locales. No hubo complicaciones quirúrgicas graves. Dos (PNET) y 2 (RMS) recibieron radioterapia post-quirúrgica. Cuatro pacientes recidivaron localmente y 2 a distancia. Actualmente hay 5 pacientes vivos de los cuales 2 están en tratamiento y 3 libres de tumor.

Conclusión: Los TPT son inhabituales en pediatría. Para optimizar la resección quirúrgica y su pronóstico, se debe tener información sobre etiología, diseminación, tamaño tumoral y respuesta a quimioterapia. La cirugía en estos pacientes contempla grandes resecciones de pared costal, las que implican una meticulosa estrategia quirúrgica y un adecuado manejo perioperatorio y de secuelas a futuro. Para mejorar el pronóstico de estos pacientes y su calidad de vida, es necesario un equipo de trabajo cohesionado y sobretodo una pesquisa y diagnóstico oportuno.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

COMPRESIÓN DINÁMICA TORÁCICA PARA LA CORRECCIÓN DEL PECTUS CARINATUM EN PEDIATRÍA. EXPERIENCIA EN 274 PACIENTES EN 8 AÑOS

Autores: Martínez-Ferro M, Fraire C, Reusmann A
Clínica de Deformidades de la Pared Torácica, Fundación Hospitalaria
Hospital Privado de Niños Hospital Nacional de Pediatría J. P. Garrahan
C.A.B.A., Argentina

Introducción: El objetivo del presente trabajo es evaluar un tratamiento no quirúrgico basado en la elasticidad y maleabilidad de la pared torácica y proponer un algoritmo de tratamiento para esta patología.

Materiales y Métodos: Entre abril 2001-2009 se registraron y analizaron la edad, sexo, presión inicial de tratamiento (PIC), presión de tratamiento (POT), tiempo de empleo del compresor, resultados cosméticos y complicaciones de los pacientes con diagnóstico de pectus carinatum (PC). Se midió la PIC en la primera consulta mediante un dispositivo especialmente diseñado. A partir de los resultados obtenidos se fabricó un sistema de compresión dinámico (FMF) para cada paciente. La POT se midió en cada consulta y en cada ajuste del FMF hasta alcanzarse la corrección adecuada. Se realizó un estudio doble ciego para evaluar los resultados.

Resultados: Se trataron 274 pacientes, 71% varones, cuya edad media fue de 13, 5 años (r: 3-19 años). A mayor edad, mayor fue la PIC requerida así como el tiempo de empleo del compresor. POT mayores a 2, 5 PSI se asociaron lesiones de la piel. Los pacientes con PIC mayores a 7,5 PSI tendieron a abandonar el tratamiento (n:32). El 88,4% de los resultados cosméticos evaluados fueron catalogados entre buenos y excelentes.

Conclusión: El FMF es un dispositivo útil para el tratamiento no quirúrgico del PC. El valor de la POT es útil para prevenir lesiones de la piel y aumentar la tolerancia de los pacientes. El valor de la PIC permite predecir la duración y los resultados cosméticos. Para aquellos pacientes con una PIC mayor a 7,5 PSI resulta mejor opción corregir el PC por MIS. Teniendo en cuenta estos resultados, se propone un algoritmo para el tratamiento de los pacientes con PC.

Palabras Clave: Pectus Carinatum, Sistema de Compresión Dinámico.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**COMPRESIÓN INTRATORÁCICA PARA LA CORRECCIÓN DEL PECTUS
CARINATUM (PROCEDIMIENTO DE ABRAMSON)**

Autores: Dres. Varela Balbontín P., Yankovic Barceló F., Herice González H., Copete Ortiz M., Ibáñez Messina C.G., Torre Michelle
Hospital Luis Calvo Mackenna
Santiago, Chile

Introducción: El Pectus Carinatum (PC) es la segunda malformación torácica más frecuente. Los procedimientos tradicionales para la corrección de la deformidad han considerado la resección abierta de los cartílagos costales afectados.

Objetivo: Reportar nuestra experiencia inicial con un procedimiento mínimamente invasivo descrito previamente por Abramson.

Método: Entre septiembre de 2007 a Julio de 2009, 12 pacientes pediátricos con PC (10 varones y 2 niñas, edad promedio de 13 años) fueron tratados con esta técnica. El procedimiento utiliza una barra metálica de compresión intratorácica y dos estabilizadores laterales de acero quirúrgico. La barra es colocada en el punto de mayor protrusión esternal a través de una incisión torácica lateral de 2.5 centímetros y localizada bajo el plano del músculo pectoral sobre el esternón. Luego de lograr la corrección de la deformidad, la prótesis se fija a las costillas utilizando dos estabilizadores laterales.

Resultados: Todos los procedimientos fueron realizados con éxito, no hubo complicaciones intraoperatorias, el tiempo promedio fue de 90 minutos, los pacientes fueron dados de alta al 4° día post operatorio. Dos pacientes debieron ser reoperados para fijar nuevamente los estabilizadores. Los resultados post operatorios fueron satisfactorios en 10 casos y regular en 2.

Conclusiones: Éste es un reporte inicial utilizando una técnica mínimamente invasiva que consideramos una opción terapéutica válida para pacientes con deformidades del tipo PC, evitando incisiones anteriores visibles, excisiones costales y esternotomía.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

HERNIA DE MORGAGNI. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO

Autores: Jorge Velarde Gaggero¹⁻², M. Alejandra Elton Torrejon¹⁻²

¹Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Dr. Gustavo Fricke. Viña del Mar.

²Cátedra de Cirugía Pediátrica. Universidad de Valparaíso Viña del Mar, Chile

Introducción: Se debe a una anomalía en las inserciones diafragmáticas al esternón, con formación de una abertura retro-xifo-costal. Según afecte el hiato esternocostal del lado derecho, izquierdo o bilateral se denomina: hernia de Morgagni, hernia de Larrey o hernia de Morgagni-Larrey. Frecuencia: 2 % de los defectos diafragmáticos. Embriología: falta de fusión del septum transversum con la pared costal. Puede asociarse a Síndrome de Down, cardiopatías congénitas y la Pentalogía de Cantrell. La mayoría tiene saco herniario y puede contener colon, epiplón, hígado, intestino delgado, estómago o bazo. Habitualmente asintomático pero puede presentarse con infección respiratoria recurrente, tos, vómito o molestia epigástrica. Existe riesgo de obstrucción intestinal o isquemia con necrosis.

Reporte de Casos: Casos: Se presenta tres casos, dos varones y una mujer, dos de 1 año y uno de 10 años. Todos asintomáticos, excepto uno que se presentó con SBO. Dos eran portadores de Sd Down y tenían antecedentes de cardiopatía congénita operada mediante esternotomía. El diagnóstico se hizo con Rx Tórax, TAC y Enema baritado. Los defectos eran bilaterales en 2 casos e izquierdo en otro (2 con saco 1 sin saco). Las vísceras ascendidas consistían en colon y/o epiplón. La cirugía se efectuó mediante plastia percutánea (tiempo operatorio promedio 87 min). El alta fue a las 24-48 hrs. Evolucionaron sin complicaciones.

Discusión: La técnica laparoscópica con puntos percutáneos descrita por Newman en 1995 es sencilla y relativamente fácil de reproducir. Presentamos nuestros primeros cuatro casos resueltos con esta técnica, todos con buena evolución, sin complicaciones. El antecedente de cirugía cardíaca previa (esternotomía media) no fue impedimento para efectuarla. En 2 casos se usaron 3 trocares y en un caso solo dos, sin que aumentara la dificultad ni el tiempo operatorio. La recomendamos como técnica de elección para esta patología.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Abordaje Diafragmático Mínimamente Invasivo : Una técnica para todos

Autores: *Guelfand Ch. Miguel, Santos M. Marcela, López E Pedro-José.*

Hospital Exequiel González Cortés

Santiago – Chile

Objetivo: Evaluar los resultados de la cirugía diafragmática con técnica mínimamente invasiva.

Métodos: Se evaluó retrospectivamente las fichas de los pacientes que tuvieron cirugía tanto por vía laparoscópica y toracoscópica del diafragma entre Octubre 2002 hasta Marzo 2009.

Resultados: Se operaron un total de 45 niños. Los diagnósticos fueron, 21 Hernias diafragmáticas congénitas del recién nacido (HDCRN), 19 Hernias diafragmáticas de Morgagni (HDM) y 5 relajaciones diafragmáticas (RD). Dentro del grupo de HDCRN, todas se operaron una vez estabilizados los pacientes de su hipertensión pulmonar. 5 cirugías se convirtieron, 3 de las cuales fue por imposibilidad de reducir el contenido de la hernia a la cavidad abdominal, 1 por ser una agenesia de completa de diafragma. Dentro del grupo de HDM, todas se completaron vía laparoscópica sin complicaciones. Los pacientes operados de RD, todos fueron vía toracoscópica y sin problemas. En cuanto a complicaciones intra-operatorias, en las HDCRN existió una lesión de serosa intestinal y en las HDM una apertura de la pleura parietal. Ambas se manejaron en forma exitosa, sin presentar problemas posteriormente. No existió morbilidad en el grupo de RD.

Conclusión: El abordaje mínimamente invasivo diafragmático, en esta serie fue efectivo, eficaz y seguro.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Estudio descriptivo de 21 malformaciones pulmonares

Autores: Arancibia JC., Velarde J., Reyes H., Tobar A., Jaime C.
Hospital Gustavo Fricke
Valparaíso, Chile

Introducción: Las malformaciones pulmonares constituyen un hallazgo infrecuente, representando el 2% de las necropsias en neonatos y niños.

Objetivo: Presentar la experiencia en nuestro servicio en torno a esta entidad nosológica.

Material y método: Estudio retrospectivo y prospectivo. Revisión fichas clínicas y pacientes con diagnósticos de malformación pulmonar congénita en registros de unidades neonatológicas y quirúrgicas del Hospital Dr. Gustavo Fricke entre enero 1999 y agosto 2008.

Resultados: 21 pacientes con las siguientes características: Diagnósticos: Atresia bronquial LSD = 1; Secuestro pulmonar = 5; Enfisema lobar congénito = 2; Malformación Adenomatosa Quística = 4; Quiste pulmón izquierdo = 1; Agenesia LSI y Lígula = 1; Hipoplasia pulmonar = 6; Neumatocele LSD = 1. 10 eran de sexo masculino. Edad diagnóstico entre 18 semanas EG y 8 años. Sobrevida 14/21 (67%). Seguimiento varió entre 2 meses y 9 años.

Tratamiento quirúrgico en 18 pacientes. Modo de presentación: distress respiratorio en 8, Bronconeumonía connatal, bronquiolitis, pleuroneumonía, hidrotórax, neumonía, dolor torácico en 7, asintomático en 5. Una complicación postoperatoria en RN con MAQ: atelectasia masiva y fístula broncopleuraleal. 11 pacientes ingresaron a UCI, 6 requirieron VM entre 2 horas y 5 días.

Conclusiones: En 10 años, 21 pacientes se han diagnosticado con algún tipo de malformación pulmonar; dos han sido hallazgos ecográficos recientes. La mayoría fue sometido a cirugía con resección completa del lóbulo comprometido, presentando sólo una complicación. Sobrevida: 67% con seguimiento hasta 9 años poscirugía. Queda por evaluar calidad de vida, función pulmonar y complicaciones a largo plazo, si las hubiera.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

COMPLICACIONES EN CIRUGÍA PULMONAR

Autores: Drs. Aldunate M., Muñoz O., Espinosa F., Contador M,
Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital de Niños, Dr. Roberto del Río
Santiago, Chile.

Introducción: La cirugía pulmonar en niños no está exenta de complicaciones. Nuestro objetivo es analizar las presentadas en resecciones pulmonares del servicio de cirugía del Hospital de niños Roberto del Río.

Material y Método: Análisis retrospectivo de cirugías pulmonares entre Enero 2000 y Mayo de 2009. Se revisaron 76 fichas, se analizan y se dividen en tres grupos; enfermedad pulmonar congénita (EPC), enfermedad pulmonar adquirida (EPA) y neoplasias. Las complicaciones fueron divididas en intra-operatorias, post-operatorias menores y mayores

Resultados: La edad varió desde recién nacido a 16 años. En 31 casos fue por EPC (40.2%); 14 MAQC, 11 secuestro pulmonar, 3 enfisema lobar congénito, 2 síndrome venolobar congénito y 1 Quiste broncogénico. En el grupo EPA hubo 41 pacientes (53%): 22 bronquiectasias y/o atelectasias 9 neumotórax espontáneo primario, 9 daño pulmonar crónico y 1 TBC pulmonar. Neoplasias fue la causa en 4 pacientes. 4 metástasis; 3 Tu de Wilms y 1 Tu de Ewing. Hubo un total de 83 procedimientos quirúrgicos que fueron 9 biopsias pulmonares, 3 neumonectomias, 47 lobectomías, 2 bilobectomías, 14 segmentectomías, 5 secuestrectomías, una quistectomía, una videotoracoscopia exploratoria con pleurodesis y otra sutura pulmonar con stappler. 4 pacientes fueron reoperados. Complicaciones intraoperatorias: lesión vascular en 5 pacientes. Complicaciones postoperatorias menores; hiperreactividad bronquial 4 y seroma de herida operatoria 1. Complicaciones mayores: atelectasias 13, neumotórax 10, neumonía 5, fistula broncopleural 2, fistula biliopleural 1.

Conclusiones: Se presentó un total de 41 complicaciones. Las más frecuentes fueron la atelectasia postoperatoria y el neumotórax y 4 pacientes debieron ser reoperados. La cirugía pulmonar requiere de cirujanos especializados y trabajo en equipo y la revisión de las complicaciones presentadas nos permitirá mejorar nuestra casuística.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

EXPERIENCIA EN EMPIEMA PLEURAL AÑOS 2001 AL 2007, HOSPITAL PADRE HURTADO

Autores: Valeria Cordero, Magdalena Canals, Arturo Cavagnaro, Patricio Herrera
Hospital Padre Hurtado, Universidad del Desarrollo
Santiago, Chile

Resumen: El empiema pleural es una complicación infecciosa grave de la neumopatía en niños. Si bien el tratamiento de esta patología ha sido extensamente analizado y estudiado, no hay casuísticas locales disponibles y persiste en nuestro medio la controversia en cuanto a su manejo óptimo, i.e.: toracoscopia v/s drenaje pleural. En la presente comunicación queremos mostrar nuestro intento por comparar estas dos técnicas en cuanto a los resultados obtenidos.

Material y Método: En forma retrospectiva se revisaron los registros clínicos de pacientes con diagnóstico de empiema pleural, incluyendo sólo aquellos pacientes que cumplieron con criterios previamente establecidos, tratados entre febrero 2001 a noviembre 2007. Se usó Excel y OR para determinar significación estadística, con un valor de $p < 0.05$. Se analizaron: días de hospitalización (LOS), estadía en UCI (UCI), parámetros del líquido pleural y la evolución de la fiebre previo a intervención drenaje o toracoscopia. De un total de 50 empiemas, se excluyeron 4 por presentar registros incompletos. Teniendo 25 operados y 21 no operados, sólo toracotomía en 5 pacientes.

Resultados: El éxito primario fue de 92% para toracoscopia y de 62% para drenaje pleural, sin lograr significación estadística, $p= 0.09$. No se lograron identificar diferencias significativas entre ambos tratamientos en cuanto a LOS o en UCI.

Comentarios: Si bien existe una diferencia en cuanto a la eficiencia de la toracoscopia versus el drenaje pleural en el tratamiento del empiema pleural, no se logró demostrar significación estadística, probablemente por el "n" tratado.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

DESNUTRICIÓN

Autores: Vivanco-Muñoz N, Buendía-Hernández A, Talavera JO, Juanico A, Figueroa J, Clark P
Institucion Instituto Nacional de Cardiología
Mexico

Introducción: La desnutrición se ha descrito como un factor de riesgo para complicaciones como estancia prolongada en cuidados intensivos y muerte. Sin embargo, no existen estudios que reporten los determinantes de dichos desenlaces, asociados con la desnutrición y el tipo de apoyo nutricional recibido.

Objetivos: Determinar si la desnutrición se asocia a una estancia prolongada y mayor mortalidad posquirúrgica, en niños con cardiopatía congénita, sometidos a cirugía cardíaca por primera ocasión.

Pacientes y Métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes menores de 3 años, con cardiopatía congénita, sometidos a corrección quirúrgica con bomba de circulación extracorpórea por primera ocasión, ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del INCICH. Se evaluó el diagnóstico nutricional al nacimiento y previo a la cirugía, y el manejo nutricional (días de ayuno y tipo de apoyo nutricional). Se realizó análisis multivariado para evaluar la asociación de las variables nutricionales con la estancia prolongada y mortalidad. Resultados: n= 291 expedientes. Se reportaron 45 (15%) fallecimientos. La desnutrición al nacimiento incrementó el riesgo de estancia prolongada (OR 2.772 IC 95% 1.282-5.995 p 0.010) y la desnutrición pre-quirúrgica incrementó el riesgo de muerte 3.447 veces (IC 95% 1.006-11.812 p 0.049) al comparar a ambos contra los pacientes eutróficos. El apoyo parenteral tardío incrementó significativamente el riesgo de estancia prolongada (OR 12.409; IC95% 1.626-94.724 p 0.015) y el apoyo enteral temprano se reportó como un elemento protector para el mismo desenlace (OR 0.11; IC95% 0.026-0.472 p 0.003). Por otro lado, la nutrición parenteral temprana (OR 0.032; IC95% 0.002-0.452, p 0.011), la enteral temprana (OR 0.011; IC95% 0.001-0.126, p 0.000) y tardía (OR 0.007; IC 95% 0.007; IC 95% 0.000-0.097, p 0.000), se encontraron como elementos protectores para mortalidad, al compararlos contra aquellos pacientes que no recibieron apoyo nutricional. Todo lo anterior alcanzando significancia estadística aún después de ajustar los modelos por las variables pre, trans y post quirúrgicas.

Conclusiones: En conclusión, la desnutrición al nacimiento y el apoyo parenteral tardío son factores de riesgo para incrementar el tiempo de estancia en la UTIP, la desnutrición previa a la cirugía tiene un impacto en la mortalidad. El administrar tempranamente apoyo nutricional y la vía enteral son elementos protectores para disminuir la estancia y muerte en la UTIP.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Relación entre el peso del paciente y el grado de dificultad en la colocación de catéter venoso central (CVC)

Autores: Flores P, Boglione M, Barrenechea M.
Servicio de Cirugía General. Hospital de Pediatría J. P. Garrahan
Argentina

Introducción: El uso de CVC ha mejorado drásticamente la calidad de vida de los pacientes pediátricos críticamente enfermos, optimizando el empleo de distintas terapéuticas por tiempos prolongados. Existen factores relacionados con el tamaño del paciente, el calibre del CVC y con el operador que dificultan la colocación.

Objetivo: Estudiar la relación entre el peso del paciente y el grado en la dificultad en la colocación del CVC. **Material y método:** estudio prospectivo entre junio de 2008 y junio de 2009. Analizamos 431 pacientes. Se estudió la relación entre el peso de los pacientes y el grado de dificultad en la colocación. La población se dividió en 4 grupos: A pacientes con peso ≥ 10 kg.; B entre 5 y 10 kg., C entre 2 y 5 kg. y D peso < 2 kg. Se midió la dificultad para la colocación según el Score del Hosp. Garrahan. **Análisis estadístico:** test de Student

Resultados: 308 pertenecen al grupo A. De éstos, el 64,3 % (n=198) presentó un grado de dificultad 1 en la colocación del CVC. Del grupo B (n = 49), el 53 % (n= 26) presentó grado 1. En el grupo C (n=69) 37,7 % (n= 26) presento grado 1 y en el grupo D ningún paciente presentó grado 1 en la colocación. **Discusión:** como en otros centros, se ha producido un aumento en el número de colocación de PICC, existen determinadas indicaciones específicas (grandes volúmenes de infusión, hemodiálisis, etc.) que obligan el uso de CVC. En nuestro servicio la vía de elección primaria es la vena subclavia izquierda. Con respecto al operador, consideramos al igual que otros autores que el cirujano debe elegir el sitio de punción según su experiencia. Se ha comprobado que la tasa de complicaciones es menor cuando el cirujano elige como primera opción la vía de acceso con la que está habituado. Sin embargo, en aquellos pacientes con CVC rígidos y gruesos (hemodiálisis) preferimos como norma utilizar la vena yugular derecha por la dirección en línea recta hacia la vena cava superior. No se encontraron en estudios retrospectivos mayor número de complicaciones en CVC colocados por residentes comparado con médicos de planta. Si bien existen controversias en cuanto al número de complicaciones en los distintos grupos de edades en nuestro estudio se comprobó que el grado de dificultad es inversamente proporcional al peso. Nos basamos específicamente en el grado de dificultad técnica sin relacionarlo con la tasa de complicaciones tempranas (dentro de las 24 horas) ni tardías. En nuestra experiencia con trabajos previos, la tasa de infecciones no fue proporcional al grado de dificultad y las complicaciones tempranas que requirieron intervención no correspondían al grupo de menor peso. Consideramos que la indicación de colocación de CVC debe ser una decisión multidisciplinaria, contemplando la colocación de catéteres percutáneos por punción periférica, la realización de flebografía preoperatoria en aquellos pacientes con antecedentes de múltiples CVC y analizar en forma estandarizada el tamaño del CVC en relación al peso del paciente. La colocación del CVC debe realizarse en quirófano y con control radioscópico. Creemos que la presencia de un cirujano experimentado en el equipo quirúrgico para supervisar al medico residente es de fundamental importancia para el diagnóstico precoz de las complicaciones tempranas de la inserción del CVC.

Conclusiones: La dificultad en la colocación del CVC es mayor cuanto menor es el peso del paciente.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TRASTORNOS DE COAGULACIÓN EN 10 CASOS DE SÍNDROME DE KLIPPEL TRENAUNAY

Autores: Zuñiga P, Zavala A, Riutort MC
Pontificia Universidad Católica de Chile
Santiago, Chile

Introducción: Hasta 60% de las malformaciones vasculares de bajo flujo (MVBF) se asocian a alteración de la coagulación caracterizada por coagulación intravascular localizada (CIVL). El bajo flujo más las alteraciones del endotelio vascular, favorecen la activación de la coagulación, trombosis y consumo de factores. En el síndrome de Klippel Trenaunay (SKT) las extensas MVBF favorecen esta condición.

Objetivos: Se presentan 10 de pacientes con SKT, con el objetivo de mostrar las alteraciones de coagulación presentes al diagnóstico, la evolución y el manejo de las mismas. Materiales y métodos Se revisó la experiencia con pacientes portadores de SKT derivados al policlínico de hemostasia y trombosis desde el año 2006. Se revisan fichas clínicas y exámenes de laboratorio y se comenta protocolo de manejo.

Resultados: En un período de tres años se han controlado 10 niños con diagnóstico de SKT y trastornos de coagulación. La patología más frecuente ha sido la trombosis, manifestada especialmente con flebolitos palpables, dolor e impotencia funcional. La hemorragia se ha presentado en niños con compromiso visceral (Hemorragia digestiva, hematuria). El dímero -D ha sido el examen más precoz en demostrar CIVL y nos ha servido como seguimiento de la evolución. Los factores desencadenantes reconocidos han sido, procedimientos e infecciones. El tratamiento más efectivo ha resultado ser heparina de bajo peso molecular (HBPM) más tratamiento local y en caso de sangrado importante, Ac. Tranexámico.

Discusión y conclusiones: Las alteraciones de coagulación están presentes en pacientes con MVFB por lo que deben investigarse dirigidamente. Los exámenes de screening TP, TTPA, recuento de plaquetas, fibrinógeno y dímero-D nos permiten identificar pacientes de riesgo. La evolución en el tiempo es dinámica por lo que debe hacerse seguimiento. En nuestra experiencia el mejor tratamiento ha resultado ser la HBPM Dalteparina.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

ROL DE LA ANGIO TCMD PARA EVALUAR LA PERMEABILIDAD DE LOS ACCESOS VASCULARES EN NIÑOS CON SÍNDROME DE INTESTINO CORTO

Autores: Liberto DH, Vagni RL, Toselli L, Elmo GR, Lobos PA
Hospital Italiano de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Introducción: Los niños con Síndrome de Intestino Corto (SIC) requieren de accesos venosos centrales por tiempo prolongado para recibir Nutrición Parenteral Total (NPT). En nuestro país, la derivación tardía a un centro de trasplante intestinal es la regla, por lo cual los pacientes ingresan con múltiples sitios vasculares trombosados. Presentamos nuestra experiencia con Angio Tomografía Multislice de 64 pistas para la evaluación de la permeabilidad vascular en esta población.

Método: Se analizaron retrospectivamente 6 (seis) pacientes pediátricos (edad media= 14 meses) con SIC y dependencia a NPT. En todos los casos se sospechó trombosis venosa profunda o tenían como antecedente múltiples canalizaciones venosas. Se realizó a todos MDTC de 64 pistas. Los hallazgos de la Angio TCMD de 64 pistas se comparó con la Ecografía Doppler y la Angiografía Invasiva.

Resultados: En un caso, derivado con acceso suprahepático, se identificó la permeabilidad de la vena subclavia izquierda, que no se había constatado por la Ecografía doppler. En otro caso, todos los sitios vasculares convencionales se hallaron trombosados, pero se identificó la permeabilidad de la vena ácigos y de la vena gonadal izquierda. En este paciente se colocó un catéter tipo Hickmann por vía toracoscópica en la vena ácigos. En el 3º caso, los 3 principales accesos izquierdos se encontraron trombosados. Los otros dos pacientes presentaron todas las venas permeables. El último mostró trombosis bilateral de las venas subclavias y de la vena yugular derecha, con permeabilidad del resto del sistema venoso y se colocó acceso central a través de vena yugular izquierda. Los estudios angiográficos previos requirieron múltiples punturas venosas periféricas y no mostraron todos los sitios permeables.

Conclusiones: La angio TCMD 64p demostró ser útil para la identificación de permeabilidad vascular y permitió hallar sitios vasculares alternativos de una manera rápida y no invasiva. Por ello, esta metodología se ha convertido en la primera opción para la evaluación de los accesos vasculares en pacientes pediátricos con SIC en nuestro servicio.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

ACCESO DE VÍA CENTRAL: COMPARACIÓN ENTRE VENODISECCIÓN Y VENOPUNCIÓN EN PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS

Autores: Lazo de la Vega Evelin, Rojas Abán Raúl, Chávez Mario, Vía Álvaro, Virhuez René
Servicio de Cirugía, Hospital de Niños "Mario Ortiz Suárez"
Santa Cruz de la Sierra, Bolivia

Introducción: El acceso venoso central es un procedimiento frecuente en pacientes pediátricos críticos, constituye un reto para el cirujano pediatra, especialmente en neonatos y lactantes debido a las condiciones anatómicas, material con que se realiza el procedimiento, la habilidad y destreza del cirujano. El objetivo de este estudio es evaluar las ventajas y desventajas de la toma de vía central por veno-punción frente a la venotomía

Material y Método: Este es un estudio descriptivo, prospectivo, comparativo y aleatorio de efectuado en el Hospital de Niños Mario Ortiz Suárez de Santa Cruz de la Sierra-Bolivia, incluyendo a los niños comprendidos entre la edad de un día de vida a cinco años, en el segundo semestre del 2008 que ameritaron implantación de catéteres de vía central. Se clasificó en 2 grupos de estudio eligiendo al azar 60 niños por veno-punción y 60 niños por veno-disección

Resultados: No hubo diferencia en el sexo, edad promedio fue de 15 meses (rango de 1 día a 5 años), choque séptico fue la patología más frecuente en 16 niños (26%) y neumonía severas (25%). La indicación más frecuente 79 niños (43%) fue por la imposibilidad de acceso a vía periférica. El tiempo empleado en la implantación del catéter fue menor a 10 minutos para la veno-punción en 30 pacientes (50%) frente a veno-disección ($p = 0,038$). En forma general se presentaron 6 (10 %) complicaciones en niños con veno-punción y 7 (12,5 %) en el grupo con veno-disección. En cuanto al germen se aisló *Staphylococcus aureus* y coagulasa negativo en 7 (12,5%) niños en los que se realizó veno-punción y en 6 (10%) pacientes en los que se realizó veno-disección. El 78% de los cultivos de punta de catéter fue negativo. En cuanto al tiempo de duración del catéter fue de 5 días promedio, (un día a 30 días).

Conclusión: No existió diferencia significativa en el estudio excepto en el tiempo de realización siendo más rápido por veno-punción. El acceso de vía central por veno-punción es un procedimiento rápido, con menos complicaciones y sobre todo preservando la vena para uso posterior.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

ABDOMEN AGUDO POR TUBERCULOSIS INTESTINAL

Autores: Ibaceta Orlandini D, Avendaño Mejias H, Cañete Soto A, Olguín Sáez E, Salamanca Prüssing J.*
Hospital Iquique, Chile - Servicio de Cirugía (*) – Unidad de Cirugía Pediátrica Iquique, Chile

Introducción: La tuberculosis abdominal es poco frecuente y su presentación puede simular un abdomen agudo, indicándose tratamiento quirúrgico precozmente. En estos casos, la presencia de una imagen macroscópica del caseum amarillento muy característica permite su diagnóstico.

Objetivo: Reportar un caso clínico de tuberculosis intestinal.

Material y Método: Revisión retrospectiva de ficha clínica.

Resultado: Niña 11 años, boliviana, sin antecedentes, consulta por dolor abdominal de 4 días, asociado a vómitos y fiebre. Examen físico: masa palpable en cuadrante inferior derecho, Blumberg positivo. Impresiona como abdomen agudo apendicular. Laparotomía pesquisa masa tumoral en ileon, ciego y colón. Se realiza colectomía derecha, resección ileon distal y anastomosis. Evolución satisfactoria. Biopsia y tinción Baar: tuberculosis. Comienza tratamiento médico. Su control ambulatorio es adecuado.

Discusión: Mycobacterium tuberculosis puede afectar a la mayoría de órganos y aparatos, siendo el más frecuente el respiratorio y excepcional el intestinal. El sida y la inmigración de países pobres, ha aumentado su incidencia. Tuberculosis abdominal puede presentarse como: intestinal, peritoneal o calcificaciones abdominales asintomáticas. El diagnóstico incluye: prueba de tuberculina, radiografía de abdomen, ecografía, TC y RM, colonoscopia con estudio histológico, cultivos y PCR de biopsias. La clínica es anodina, puede simular un abdomen agudo. El tratamiento es el mismo de las Formas extrapulmonares, reservándose el quirúrgico para las complicaciones. El pronóstico es bueno, curación total.

Conclusión: Destacamos la importancia del diagnóstico precoz en casos de sintomatología de abdomen agudo en grupos de riesgo, lo que puede evitar una posible intervención quirúrgica. El correcto diagnóstico a través de los hallazgos macroscópicos en caso de indicarse tratamiento quirúrgico evita resecciones innecesarias y permite un tratamiento conservador.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

VÓLVULO GÁSTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Autores: Álvarez Cárcamo D., Fehuerhake Larrain S., Espinoza Bravo A.
Hospital Félix Bulnes.
Santiago, Chile

Introducción: El vólvulo gástrico en niños es una entidad poco frecuente. Se trata de la rotación de todo o parte del estómago. Esta rotación puede ocurrir en los ejes longitudinal (órgano-axial) o transversal (mesentérico-axial). Esta condición puede llevar a obstrucción completa e incluso a estrangulación. Se reporta un caso de difícil diagnóstico, con resolución laparoscópica satisfactoria.

Caso clínico: Paciente de 4 años, sexo femenino. Sana hasta los tres años en que se diagnostica Pancreatitis aguda. Posterior a ello, presenta cuadro caracterizado por crisis intermitente de vómitos, dolor y distensión abdominal. Requiere múltiples consultas y hospitalizaciones por hiperémesis y deshidratación severa, para manejo hidro-electrolítico y estudio. En varias oportunidades fue catalogada como Pancreatitis crónica reagudizada, dada el alza de enzimas pancreáticas. Tránsito intestinal y endoscopia digestiva alta normal. En última hospitalización se solicita nuevo estudio contrastado digestivo, durante crisis de dolor, por alta sospecha de obstrucción intestinal alta, lo que demuestra presencia de vólvulo gástrico. Se decide realizar pexia gástrica laparoscópica, evolucionando satisfactoriamente.

Conclusión: El vólvulo gástrico, a pesar de ser una entidad poco frecuente debe estar dentro de nuestro diagnóstico diferencial en pacientes con síntomas de obstrucción gástrica. Un estudio de tránsito intestinal normal, no debe descartar el diagnóstico, ante la posibilidad de vólvulo gástrico intermitente, por lo cual, ante la sospecha, este debe repetirse, idealmente durante la crisis de dolor abdominal. La pexia laparoscópica representa una buena alternativa terapéutica para estos pacientes.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE VÓLVULO GÁSTRICO
INTERMITENTE EN NEONATO DE BAJO PESO: REPORTE DE UN CASO**

Autores: Scherl, Humberto; Isaguirre, Jorge; Ysetta, Sonia; Siccardi, Alejandra; Birbaum, Sergio
Hospital Italiano de Mendoza
Mendoza, Argentina

Introducción: El vólvulo gástrico es una patología infrecuente en niños. Se informa un caso neonatal de vólvulo gástrico y su tratamiento mínimamente invasivo.

Caso Clínico: Neonato de 28 días de vida con peso al nacimiento de 1.100 g y al momento de la cirugía 1.060 g. Presentó enfermedad de la membrana hialina por lo que requirió surfactante pulmonar. A partir del día 15 de vida se intenta alimentar por sonda orogástrica presentando residuo gástrico y en algunas oportunidades descompensación hemodinámica con residuo porráceo, nunca bilioso. Se diagnosticó vólvulo gástrico organoaxial intermitente mediante seriada esófago-gastro-duodenal y a los 29 días de vida, se realizó como tratamiento gastrostomía endoscópica percutánea. El niño evolucionó favorablemente.

Conclusión: Se ha revisado la literatura no encontrando esta modalidad de tratamiento para neonatos de bajo peso con vólvulo gástrico. La evolución favorable de este caso sugiere que esta modalidad de tratamiento sería una opción razonable para pacientes de alta riesgo, como el caso descrito.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

EXPERIÊNCIA INICIAL COM APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COMPARANDO-OS COM OS SUBMETIDOS À APENDICECTOMIA CONVENCIONAL, NO INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA

Autores: Vilela P.C; Coentro M; Arnould M.W, Banja N.O, Gallindo R.
Imip, Recife, Brasil

Introdução: A Apendicite Aguda é uma patologia na qual ocorre inflamação do apêndice cecal, uma bolsa com estrutura vermiforme que sai da primeira porção do intestino grosso. Na infância, trata-se de uma morbidade bastante comum, e cerca de 5 a 15% da população padece em algum momento de sua vida. O tratamento cirúrgico da apendicite está descrito há mais de 100 anos, e tem sido realizado com taxa de mortalidade desprezível. Porém a taxa de morbidade situa-se em torno de 40%, nos casos de apêndices complicados (rotos e necróticos). Em 1991, foi introduzida a apendicectomia videolaparoscópica, com utilização de câmera, sem necessitar de grandes incisões para acesso à cavidade abdominal. A utilização de aparelhos de vídeo em apendicites, no IMIP, começou em 2009. Desde o advento da apendicectomia via laparoscópica em 1991, ela vem se estabelecendo firmemente como método de melhor prognóstico no tratamento das apendicites agudas. Esse procedimento apresenta uma redução potencial na frequência de reaparecimento de sintomas no pós-operatório, com conseqüente redução dos custos hospitalares. Causa menos dores durante a cicatrização, além do fator estético.

Justificativa: A Apendicite Aguda é bastante estudada na população adulta em geral, entretanto, são poucos os estudos pertinentes a evolução após a realização de apendicectomia videolaparoscópica no grupo pediátrico, principalmente no tocante aos custos benefícios. Investigar o sucesso de tal terapêutica preconizada, pode ajudar no desenvolvimento de melhores políticas de saúde a longo prazo.

Objetivo Geral: Comparar a evolução pós-operatória dos pacientes portadores de Apendicite Aguda submetidos à apendicectomia videolaparoscópica e a apendicectomia convencional, no IMIP.

Métodos: População do estudo: Pacientes de zero a dezenove anos submetidos à apendicectomia videolaparoscópica ou convencional no período de Julho de 2007 a Julho de 2009. No serviço de Cirurgia Pediátrica no IMIP.

Coleta e a análise dos dados: Foi aplicado um formulário padrão. As informações foram obtidas retrospectivamente através de revisão de prontuários médicos. A análise dos dados foi feita utilizando-se o programa de domínio público EpilInfo 3.3.2, onde foram construídas tabelas com os resultados.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO. RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA VIDEOASISTIDA

Autores: Verdugo, R.; Mauret, E.; Reyes, M.

Unidad de cirugía infantil, Hospital Regional de Coyhaique. Décimo primera región, Patagonia Chilena.

Coyhaique, Chile

Resumen: Se presenta caso clínico de preescolar de dos años ocho meses previamente sano, que consulta en servicio de emergencia por presentar durante el mismo día tres episodios de sangramiento rectal abundante, con compromiso hemodinámico y anemia severa (Hcto 18 % y Hb 6, 6 mg%). Además del manejo hemodinámico intensivo se realizó Radiografía de abdomen simple, endoscopía digestiva alta, ecotomografía abdominal, resultando todos normales. La colonoscopía mostró sangre antigua pero sin lesiones. Dado diagnóstico de hemorragia digestiva baja se planteo como causa un Divertículo de Meckel, por lo que se solicito evaluación por cirujano pediatra. Se planificó abordaje quirúrgico mediante laparoscopia diagnóstica, la cual confirmó la existencia de divertículo complicado de ocho cms. de longitud, con signos de sangramiento reciente, en ileón distal, a cuarenta cms. de la válvula ileocecal. Se decidió exteriorizar el asa intestinal por el ombligo y realizar en forma extracorpórea la resección de la lesión y anastomosis termino terminal. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, con realimentación al quinto día y alta al octavo, con recuperación adecuada de su estado general. El divertículo de Meckel es una anomalía congénita, consistente en un remanente sacular del conducto onfalomesentérico. Está presente en el 2% de la población general. A su vez el 2% de ellos sufre una complicación, siendo la más frecuente el sangramiento. El caso presentado permite demostrar que en lugares geográficos apartados, en los cuales no se cuenta con recursos diagnósticos complejos es posible utilizar la laparoscopia como recurso diagnóstico y eventualmente terapéutico. En nuestro caso preferimos exteriorizar el divertículo a través del ombligo para su resección, lo que posibilitó un excelente resultado estético.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO DE MECKEL EN ETAPA NEONATAL.
REPORTE DE UN CASO**

Autores: Rassi, RF; Courel, JM; Baez, JJN; Díaz, J; Rosa, J
Hospital Privado de Córdoba
Córdoba, Argentina

Introducción: Se define al Divertículo de Meckel como la evaginación del borde antimesentérico del intestino delgado(ileon), localizado a menudo a menos de 90 cm. de la válvula ileocecal. Frecuentemente se asocia a mucosa heterotópica (gástrica o pancreática) en su luz, que puede dar lugar a complicaciones como obstrucción, hemorragia, inflamación y perforación del intestino, lo cual convierte a esta patología en prioritaria al pensar en causas de abdomen agudo quirúrgico de la niñez.

Objetivo: Reportar la presentación del caso en etapa neonatal, y tratar de comprender las diferentes etiologías fisiopatogénicas, que intervinieron en la causal de la perforación.

Presentación del Caso: Paciente de sexo masculino de 36 horas de vida, en buen estado general previo, peso 2.050 grs. con antecedente de eliminación de meconio al nacer. Comienza con cuadro de distensión abdominal aguda, sin vómitos. Aspirados negativos y severo compromiso del estado general. En Rx directa de abdomen de pie y tangencial se observa neumoperitoneo bilateral sin otro signo concluyente. Se estabiliza inicialmente al paciente y se realiza laparotomía de urgencia, encontrándose en la semilogía abdominal Divertículo de Meckel complicado(perforación) localizado en ileon distal a 20 cm de Válvula Ileocecal. Se realiza resección del mismo y anastomosis termino-terminal en doble plano. Buena evolución postquirúrgica inmediata.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

APENDICITIS EOSINOFÍLICA. PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN CASO

Autores: Rassi, RF; Baez, JJN; Mesples, GF; Courel, JM
Clínica de la Concepción
Córdoba, Argentina

Introducción: La apendicitis aguda constituye una enfermedad habitual en la práctica pediátrica, cuya causa más frecuente es la obstrucción de la luz apendicular. No todos los casos de apendicitis se relacionan con fecalitos; infecciones virales con hiperplasia de tejido linfoide en repuestas a estas infecciones también son causales de obstrucción de la luz apendicular. Las apendicitis parasitarias constituyen un grupo que no deja de ser frecuente. Estadísticamente las parasitosis son una causa poco usual de apendicitis, y en ocasiones, el hallazgo de parásitos en un apéndice extirpado, es erróneamente interpretado como una evidencia de asociación causal.

Presentación del caso: Se presenta paciente de sexo femenino, 6 años de edad, previamente sana, que comienza con fiebre de 39 grados de 7 días de evolución, junto a dolor abdominal difuso sin defensa ni contractura, con palpación de masa abdominal que se extiende desde hipogastrio y FID hasta flanco izquierdo, fija no dolorosa, no compatible con globo vesical, (determinado por vaciamiento de la misma mediante sondaje). Laboratorio de ingreso normal ecografía que informa tumoración extendida desde hipogastrio a flanco izquierdo, con presencia de estructura tubular aperistáltica no logrando reconocerla como apéndice cecal con múltiples adenomegalias mesentéricas, la TAC de abdomen presenta informe similar al ecográfico, se realizó dosaje de marcadores tumorales (Ca125 y antig Carcinoembrionario) que fueron normales. Rx de tórax y abdomen sin particularidades. Ante un laboratorio no patológico e imágenes complementarias no concluyentes se realiza laparotomía exploradora en la que se identifica masa tumoral que abarca desde el ileon distal al colon ascendente, sin bordes definidos, e infiltrante a tejidos circundantes. Se reseca la misma con bordes libres y se realiza ileo – transverso anastomosis termino - lateral. La paciente evoluciona favorablemente con alta asistencial al día 11 del ingreso. Diagnóstico anatomopatológico: apendicitis eosinofílica sin identificación de parásito causal.

Conclusión: Luego de búsqueda bibliográfica extensa, en la cual no se evidenció caso similar en su presentación clínica, se decide el reporte del caso con el objetivo de reportar una presentación atípica de apendicitis eosinofílica, que se presta a discutir diagnósticos diferenciales con patologías tumorales del abdomen en edad pediátrica.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TORSIÓN DE EPIPLÓN: REPORTE DE UN CASO

Autores: Anaya Domínguez M.G., *Anaya Gutiérrez J*.

*Cirujano Pediatra, Hospital Harry Williams
Cochabamba, Bolivia

Introducción: La torsión de epiplón es una condición en la que el órgano se tuerce a lo largo de su eje de modo que la vascularidad es afectada. Esta puede ser primaria o secundaria. La torsión primaria un segmento móvil del omento se rota alrededor de un punto fijo en ausencia de patología intrabdominal. Sin embargo la causa precisa es desconocida.

Presentamos el caso por ser una patología poco frecuente, pero que debe considerarse como diagnóstico diferencial en pacientes con abdomen agudo.

Caso: Paciente de 14 años de edad consulta por dolor abdominal tipo pungitivo en fosa iliaca izquierda que se irradia a hemiabdomen derecha al movimiento, acompañado de náuseas sin llegar al vómito, disminución del apetito, constipación desde hace 1 mes. Antecedente de apendicectomía 1 año atrás. Evaluado por ginecología sugiere Enfermedad inflamatoria Pélvica y quiste de ovario. Hemograma discreta neutrofilia. Ecografía reporta: imagen heterogénea de 8x4 cm, en parte alta anexo izquierdo, separada del ovario normal. Sugiere gestación ectópica. Fracción Beta negativa, Se realiza laparotomía exploradora hallándose líquido libre hemorrágico en cavidad, masa firme de 10x 8 cm solidoquística dependiente de epiplón mayor que es reseca en su totalidad, adenopatías mesentéricas cuyo reporte histopatológico es compatible con linfadenitis crónica reactiva secundaria. La patología de la masa informa: hematoma en organización, paniculitis piogénica con reacción granulomatosa a cuerpo extraño. Evolución postoperatoria satisfactoria, sin problemas actualmente. Seguimiento por 6 meses.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**VÓLVULO INTESTINAL INTRAUTERINO ASOCIADO A TORSIÓN QUISTE
OVÁRICO COMO CAUSA DE SUFRIMIENTO FETAL Y ABDOMEN AGUDO
NEONATAL**

Autores: Guelfand M., Torres V.
Hospital Exequiel González Cortés
Santiago, Chile

Introducción: El vólvulo intestinal intrauterino es una condición potencialmente letal para el feto. Su asociación con amputación quística ovárica secundaria a torsión es inusual. Se presenta caso clínico.

Caso Clínico: Recién nacida de término. Parto cesárea de urgencia debido a sufrimiento fetal agudo. Se evalúa por cirujano infantil a las dos horas del nacimiento por distensión abdominal, sensibilidad difusa y deposiciones líquidas con sangre, asociado a shock inicial. Radiografía abdominal con imagen en doble burbuja, sin aire a distal. Se realiza laparotomía exploradora evidenciando vólvulo de intestino delgado con necrosis intestinal, resecaando parte distal de yeyuno, ileon y tercio proximal de colon transverso. Se realiza anastomosis termino-terminal yeyunocolónica. Además se evidencia quiste ovárico izquierdo necrótico y amputado, flotando en la cavidad abdominal. Evolución clínica satisfactoria post quirúrgica iniciando alimentación enteral progresiva desde el 5° día. Al mes de edad requirió nueva intervención quirúrgica por obstrucción intestinal por bridas, sin compromiso de asas y con evolución favorable.

Revisión tema: Los vólvulos intestinales están asociados a defectos de la rotación y fijación. Prenatalmente, la ecografía permite observar signos de obstrucción intestinal o perforación y distress fetal. La presencia postnatal de distensión abdominal, masa palpable, alteración de la pared abdominal, vómitos biliosos o diarrea sanguinolenta son signos indicativos de vólvulo y por lo tanto, de cirugía inmediata. Los quistes ováricos son comunes en etapa prenatal; al ser funcionales, la mayoría involuciona. La necrosis y amputación del ovario y su presentación simultánea con vólvulo isquémico intestinal, son causa muy infrecuente de abdomen agudo neonatal.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

INTUSUSCEPCIÓN POR PÁNCREAS ABERRANTE. REPORTE DE UN CASO

Autores: Calvo A., Centurión J., Ruiz Juri I., Rossi A., Suárez C.
Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Pediátrico del Niño Jesús
Córdoba, Argentina

Introducción: La invaginación tiene una etiología idiopática estimada de 90%. En la mayoría se observa hipertrofia del tejido linfóide (placas de Peyer) en la pared ileal que protruye hacia la luz del intestino y suelen ser la causa de la invaginación. Entre un 2% y 12% de pacientes mayores de un año se encuentra causa anatómica, siendo la más frecuente el divertículo de Meckel

Caso: Paciente de sexo masculino de 20 meses de vida que consulta por guardia presentando: dolor abdominal difuso, vómitos biliosos y fiebre (38) de 48 horas de evolución y deposiciones con sangre momento antes de la consulta. Al examen físico se observa depresión del sensorio, taquipnea y fiebre de 38. Abdomen blando, depresible, no doloroso, con tumoración en HD y Epigastrio de 10cm x 8cm aproximadamente. LBT: Hb 10.7, Hto 33, Leucocitos 19400, Neutrófilos en Cayado 1, Neutrófilos Segmentados 84, VSG 5mm. Radiografía directa de abdomen revelaba niveles hidroaéreos en intestino delgado y la ecografía con signos sugestivos de invaginación intestinal. Se decide laparotomía exploradora observándose invaginación ileocecolica. Luego de la desinvaginación detectamos a la palpación tumoración antimesentérica endoluminal en íleon a 40cm. de la válvula ileocecal, que se consideró como causa de la invaginación, realizándose resección intestinal y anastomosis termino-terminal y apendicectomía, con buena evolución postquirúrgica. El diagnóstico anatomopatológico definió lesión nodular polipoide sésil de 1, 5 cm. de diámetro con tejido pancreático aberrante

Revisión: La existencia de páncreas aberrante se produciría por una evolución embriológica anómala, formándose implantes de las yemas pancreáticas en diferentes partes del tracto gastrointestinal y otros.

Conclusión: Comentamos esta infrecuente causa de invaginación por su modo de presentación, ya que habitualmente el páncreas aberrante se presenta con lesiones ulceradas y como tejido ectópico en divertículo de Meckel.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

PANCREATITIS AGUDA RECURRENTE: PRESENTACIÓN DE UN CASO INUSUAL

Autores: Toselli L, Vagni RL, Liberto DH, Elmo GR, Lobos PA.
Hospital Italiano de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Introducción: La dilatación quística de la vía biliar es una patología de baja prevalencia. Debe ser tratado en forma temprana debido a que puede ocasionar pancreatitis crónica, cirrosis biliar, hipertensión portal y malignización de la mucosa del quiste. El tratamiento es quirúrgico e implica una primera etapa diagnóstica con la colangiografía intraoperatoria y una segunda terapéutica, en la que se realiza una resección del quiste con anastomosis biliodigestiva para restaurar el flujo biliar. Este procedimiento se realiza mediante videolaparoscopia, con buenos resultados alejados.

Método: Describiremos el caso de un niño de 3 años de edad con pancreatitis a repetición a causa de una resección incompleta del colédoco distal intrapancreático. El niño presentaba un antecedente de pancreatitis crónica y ecografía con dilatación quística del colédoco tipo I que fue resuelto en nuestro centro por vía laparoscópica. Presentó buena evolución post operatoria. aunque a los 9 meses presentó un nuevo episodio de pancreatitis aguda por lo que se realizó nueva RMI en la que se observó una lesión quística residual retropancreática.

Resultados: El paciente fue reoperado, confirmándose el diagnóstico preoperatorio y completando la resección completa del quiste. No ha presentado nuevos síntomas a los 8 meses de seguimiento postoperatorio. Se realizó también una biopsia de pancreas descartándose otras causas de pancreatitis recurrente.

Discusión: El tratamiento quirúrgico del quiste de colédoco es complejo, y la complicación aquí descrita es infrecuente pero seria. La resección completa de la lesión debe ser ealizada, para evitar la recurrencia de la pancreatitis por reflujo al quiste remanente, así como la formación de cálculos o tapones proteicos. Esta complicación debe ser sospechada en pacientes con síntomas persistentes luego de la cirugía en dilataciones congénitas de la vía biliar.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

COLECISTECTOMÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

Autores: Calvo A., Centurión J., Ruiz Juri I., Rossi A., Suárez C.
Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Pediátrico del Niño Jesús
Córdoba, Argentina

Introducción: La colelitiasis en pediatría es una entidad poco frecuente, sin embargo con el uso rutinario de ecografía de abdomen se diagnostica con mayor frecuencia. Se relaciona con enfermedades tales como obesidad, hipercolesterolemia, patología hemolíticas entre otras; además de una importante proporción de hallazgos ecográficos en pacientes asintomáticos y sin factores de riesgo. La incidencia en pediatría se encuentra alrededor del 0,22%.

Objetivos: Analizar nuestra experiencia en colecistectomía videolaparoscópica y describir las complicaciones.

Material y Métodos: revisión retrospectiva unicéntrica de 92 historias clínicas, entre marzo 2001 a julio 2009, de pacientes sometidos a colecistectomía videolaparoscópica analizando las siguientes variables: edad, sexo, internaciones previas, horas de internación postquirúrgica y complicaciones.

Resultados: Edad media de 14.3 años, 78.2% de sexo femenino. Motivo de consulta fue 86.9% cólico abdominal, colecistitis en 7.6%, colecistopancreatitis 1.08% y un 4.34% hallazgo incidental ecográfico. 22.8% presentó internaciones previas por causas relacionadas (15.2% cólicos, 4.34% colecistitis, 3.25% síndrome coledociano). Todos fueron sometidos a colecistectomía videolaparoscópica con técnica americana, libres de sintomatología al momento quirúrgico, solo convirtiendo en dos oportunidades (vesícula escleroatrófica y agenesia vesicular). El tiempo de internación postquirúrgico fue de 35.5 hs. Complicaciones (7.6%): colocación de drenaje al lecho en 3.26% por rotura vesicular intraoperatoria, 2.17% abscesos de pared, 1.08% calculo residual en colédoco con resolución espontánea al 4° día antes de realizarse le ERCP, y una reintervención convencional por bilioperitoneo donde se observo el desprendimiento del clip cístico y posteriormente se comprobó la presencia de tres cálculos residuales en colédoco que fueron extraídos por ERCP.

Conclusión: Indudablemente la videolaparoscopia ha aportado muchos beneficios en colelitiasis en pediatría, sin embargo no está exenta de complicaciones. Coincidimos con las complicaciones descritas en la literatura y detectamos en nuestro servicio un bajo índice de las mismas, considerando la conversión de cirugía videolaparoscópica a convencional como ventaja y no complicación.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**Videocolecistectomía laparoscópica pediátrica por 2 o 3 ports sin clips :
Análisis de 280 casos**

Autores: Edward Esteves, Humberto Barbosa Souza-Filho, Eriberto Clemente-Neto, Seiji Watanabe, Denny Cavalcante Lima, Ruy Esteves Pereira
Disciplina de Cirugía Pediátrica, Universidad Federal de Goiás, Goiania-GO
Hospital Santa Helena e Hospital Amparo – Goiania, GO, Brasil

Introducción: Hay diversas técnicas de colecistectomía laparoscópica (CL) en adultos y niños, la gran mayoría con el uso de clips metálicos o plásticos en la arteria quística y ducto quístico, y muchos utilizan 4 ports. Actualmente algunos ya utilizan solamente el port umbilical o el NOTES. Los clips no son tan seguros, son caros, permanecen como cuerpos extraños que pueden desarrollar muchas complicaciones. Los pacientes pediátricos tienen las estructuras biliares muy finas dispensando uso de clips. Los autores presentan la serie de colecistectomías por 2 o 3 ports con nuevas técnicas sin uso de clips.

Métodos: En los últimos 10 años, 280 pacientes entre 8 meses y 16 años fueron sometidos a CL por diversos diagnósticos. Fueron utilizados 2 o 3 ports, incluyendo uno de 5 o 10mm umbilical, y otros de 2 a 5mm o sin trocar (stab wound). En 26 fue utilizada la óptica con canal de trabajo, en 45 dos instrumentos por el ombligo, los otros con 2 instrumentos de 2-5 mm en epigastrio y flanco derecho. Una niña presentava situs inversus. Anemia falciforme (n=33) recibió preparación preoperatorio especial y le asociamos apendicectomía. En 24 casos con hiperesplenismo o secuestación por enfermedad hemolítica se asoció esplenectomía total, necesitando un cuarto port en 6. Colangiografía y exploración del colédoco si necesario. La vesícula era fijada bajo el diafragma con punto deslizante temporario. La arteria quística o sus ramas perivesiculares fueron tratadas por cauterio monopolar o bipolar o Ligasure (en casos de esplenectomía). El ducto quístico fue ligado con punto único deslizante. Resultados: Tiempo operatorio promedio de 22 minutos (15-46) sin esplenectomía o coledocolitiasis. Tratamiento de coledocolitiasis en 2. Ninguna conversión y ninguna complicación postoperatoria. Cirugía ambulatorial en 18 casos. Queloide orificial en 2. La mayor parte de microincisiones desaparecieron.

Conclusiones: La CL es la técnica padrón oro para enfermedades de vesícula, podendo ser tratada con total rapidez y seguridad sin clips y con miniports, dejando excelente estética.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

CASO CLÍNICO: PSEUDOQUISTES BILIARES

Autores: Mendieta N., Sammartino F., Benito A., Navarro R.

Hospital Dr. Humberto Notti

Mendoza, Argentina

Introducción y Objetivos: Los biliomas o pseudoquistes biliares son colecciones encapsuladas de bilis fuera del árbol biliar, que son producidas principalmente por traumatismos quirúrgicos regionales, patologías de la vía biliar, y en algunos casos (como en este) por causa idiopática. Presentamos un caso de bilioma abdominal en una niña de 2 meses de edad, sin antecedentes de cirugías o traumatismos previos.

Paciente y Métodos: Se presenta el caso de una niña de 2 meses de edad nacida de término, peso adecuado para la edad gestacional, sin antecedentes de cirugías previas, que es derivada a nuestro hospital por distensión abdominal, hepatomegalia y acolia. Al examen de ingreso presentaba regular estado, ictericia, con importante distensión y circulación colateral abdominal, y compromiso respiratorio. Se solicita tomografía abdominal e informa voluminosa formación expansiva abdomino-pelviana, de densidad líquida homogénea de aproximadamente 15x20 cm, con marcada compresión y desplazamiento de órganos sólidos y vísceras. Se practica laparotomía exploradora y se constata bilioma secundario a perforación de colédoco, y buen pasaje inicial a duodeno por radioscopia por lo que se coloca tubo de Kehr. Tras regular evolución se realiza laparotomía exploradora, comprobando obstrucción a nivel de colédoco distal por lo que se practica anastomosis biliodigestiva con buena aceptación por la niña.

Resultados/ Discusión: Los informes de anatomía patológica informaron: pseudoquiste con proceso inflamatorio crónico inespecífico y depósitos de pigmento biliar; parénquima hepático con colestasis y proceso inflamatorio focal; colédoco con proceso inflamatorio agudo inespecífico. La citología del líquido fue negativa para células neoplásicas. La serología para toxocara, para hepatitis y el parasitológico de materia fecal negativos.

Conclusión: La presentación del bilioma en este grupo etáreo asociado a la falta de antecedentes patológicos o traumáticos plantea una incógnita acerca de la causa del mismo. Los diagnósticos planteados en este caso fueron: perforación idiopática y quiste de colédoco perforado.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

ANASTOMOSIS TÉRMINO-TERMINAL SOBRE TUBO EN T EN SECCIÓN COMPLETA DE COLÉDOCO POR CAÍDA DE ALTURA

Autores: Suárez MP, Molina M, Romero E, Palacio M.
Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Dpto. de Cirugía, Sección Trauma
Córdoba, Argentina

Introducción: El manejo conservador en niños con trauma contuso de abdomen y estabilidad hemodinámica, se ha convertido en el estándar de tratamiento, con el riesgo de que ciertas lesiones pasen inicialmente inadvertidas. Alrededor de 50 casos de lesión de vía biliar extra hepática (VBEH) por trauma contuso han sido descritos en pediatría y menos de 20 corresponden a sección completa de colédoco. El presente podría representar el segundo caso de lesión VBEH por caída de altura. El objetivo de este reporte fue mostrar una alternativa de tratamiento para esta rara lesión.

Caso: Paciente masculino de 14 años, con politrauma por caída de altura. Tomografía: contusión hemorrágica en segmento IV del hígado. Al 7° día de internación (DDI) hemiabdomen derecho doloroso y defendido, ictericia y bilirrubina aumentada. Ecografía: contusión hepática, colección subhepática y abundante líquido libre. Colangiografía magnética: colección rodeando al colédoco. Al 8° DDI paracentesis con extracción de bilis; colangiografía intraoperatoria con fuga de contraste cercana al duodeno. Identificación de colédoco con sección completa próxima a la papila, anastomosis término-terminal sobre tubo en T, drenaje subhepático (8 días). Alta hospitalaria al DDI 32. Reingresa a la semana por fiebre y dolor, colangiografía con buen pasaje a duodeno. Colección en transcavidad de los epiplones, drenada mediante laparotomía. El tubo en T se retiró a la 5° semana postoperatoria. Al año de seguimiento paciente asintomático con controles ecográficos y de laboratorio normales.

Discusión: Debido al requerimiento de re intervención alrededor del 6° mes por estenosis coledociana en los primeros pacientes con sección completa de colédoco tratados con anastomosis primaria, se ha propuesto como única modalidad de tratamiento la derivación biliodigestiva. Sin embargo la posibilidad de dilatación endoscópica del colédoco, nos llevó a realizar anastomosis término-terminal sobre tubo en T, en un intento de preservar la vía biliar nativa.

Conclusión: La anastomosis término-terminal resultó efectiva y debería ser considerada como una alternativa cuando las condiciones generales y locales del paciente lo permitan.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA

Autores: Bettina Cocchi, Hediber Oddone
Hospital de Paysandú y COMEPA
Paysandú, Uruguay

Resumen: Se presentan 2 casos de niñas, procedentes del interior del Departamento de Paysandú, Uruguay, portadoras de echinococosis hidatídica hepática única tratadas por vía laparoscópica. Caso 1: 7 años, SF, dolor abdominal que motivó la realización de ecografía que informó: imagen hepática quística de 3, 5 cm de diámetro de paredes finas en el segmento III. Ac anti EG (HAI) reactivo 1/1024. Se completó imagenología con TAC abdominal (Fig). **Tratamiento:** Abordaje abdominal laparoscópico a través de 3 trócares (1 de 5 mm y 2 de 10mm). (Fig) Se realizó la punción, evacuación, esterilización y posterior apertura del quiste extrayendo la membrana en bolsa. Resección parcial de la adventicia emergente y epiploplastia. Caso 2: 14 años, SF, durante screening ecográfico para pesquisa de hidatidosis se encuentra tumoración quística redondeada en los segmentos hepáticos VII – VIII. Ac anti hidatídicos negativos, se completó el estudio con TAC (Fig). Abordaje abdominal laparoscópico y debido a la topografía del quiste se utilizaron 4 trócares (1 de 5 mm y 3 de 10mm) (Fig). Punción, evacuación, esterilización, aspiración del contenido, exploración del quiste y quistostomía sobre sonda balón que se retiró al 3er día de postoperatorio con gasto negativo. Ambas pacientes recibieron tratamiento médico preoperatorio con Albendazol a 10 mg/kg/día por 1 mes, realizando controles quincenales de función hepática y hemograma. En ambas se usó óptica de 30°, 2 aspiradores: de 5 y 10 mm y mechas pequeñas embebidas en solución parasitocida (peróxido de hidrógeno). Alta al 5to día de postoperatorio en ambos casos.

Evolución y seguimiento: En ambos casos se continuó el tratamiento médico por 3 meses. Se realizaron controles ecográficos a los 15 días y al mes de la intervención, en ellos se vio franca disminución de la cavidad del quiste y en el control a los 6 meses las cavidades habían desaparecido. Se continúa con ecografía anual y eventualmente TAC.

Conclusiones: Si bien en un principio el tratamiento laparoscópico fue descrito para quistes hialinos de topografía periférica, creemos que el mismo se puede realizar en forma segura en otras topografías habiendo completado el tratamiento médico antiparasitario de por lo menos 30 días previo a la cirugía. El número y la posición de los trócares se deben adaptar a la topografía del quiste para lograr una técnica segura evitando derramar líquido hidático en la cavidad peritoneal. El resultado estético es muy bueno. A más de un año de ambos casos no han habido recidivas.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

HEPATOBLASTOMA EN NIÑOS A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Anaya Domínguez M.A,* Castellón J,** Guzmán E.*, Salazar M.**

*Cirujano Pediatra Hospital del Niño Manuel A.Villarroel, Cochabamba, Bolivia ** Cirujano Pediatra H.E.G.C.***, Residente Pediatría.

Hospital del Niño Manuel A.Villarroel
Cochabamba, Bolivia

Introducción: El Hepatoblastoma es el tumor hepático más común en niños, si bien es una enfermedad muy rara, representando el 4% de todos los cánceres infantiles. Habitualmente se diagnostica en los primeros dos años de vida como una masa hepática con pocos síntomas. Es de crecimiento rápido y alta capacidad de producir metástasis. El diagnóstico se realiza con imágenes (TAC, resonancia magnética) más la presencia de niveles elevados de alfa-fetoproteína. La resección quirúrgica completa coadyuvada por la quimioterapia se asocia con hasta un 100% de sobrevida.

Caso: Niña de 2 años con cuadro clínico de 1 mes de evolución que se caracteriza por distensión abdominal progresiva y dolor abdominal difuso. Paciente en regular estado general, palidez cutánea mucosa. Peso: 8, 7 Kg. Signos marcados de desnutrición, Distensión abdominal, no doloroso a la palpación RHA + masa palpable que se extiende desde hipocondrio y flanco derechos, epigastrio a mesogastrio de más o menos 15 x 15 cm, perímetro abdominal de 55cm. Ecografía reporta: Hígado de 13 cm contornos irregulares, lóbulo hepático derecho segmentos V, VI, VII, VIII e imágenes hipoecogénicas, nodulares de 6, 5 x 5, 3 cm. Biopsia hepática: Hepatoblastoma con áreas de necrosis. Recibe quimioterapia en tres ciclos de dos fases cada uno con Doxorubicina y Cisplatino. Tercer ciclo de QMT con: Carboplatino, Doxorubicina, Cisplatino Ecografía postquimioterapia: Hígado en segmentos VII y VIII masa heterogénea con zonas híper e hipoecogénicas que mide 5, 8 x 4, 5 cm. Compatible con Hepatoblastoma, TAC de abdomen informa: hepatomegalia a expensas de lóbulo izquierdo, lóbulo derecho heterogéneo, con imagen ovalada mal delimitada, áreas hipo e hiperdensas en su interior en relación a remanente tumoral Se realiza tumorectomía. Patología: tejido hepático que mide 10x6 x4, 5 cm. Con un peso de 95 gr., al corte se identifica una formación nodular bien delimitada de color café clara con áreas blanca amarillentas multilobulada con zonas de necrosis. La lesión está bien delimitada rodeada por tejido hepático de aspecto normal, Evolución favorable. Pruebas hepáticas y marcadores tumorales dentro parámetros.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

MANEJO MÉDICO DE ABSCESO HEPÁTICO PÍOGENO SECUNDARIO A APENDICITIS PERFORADA

Autores: Tagle Alegría J., Gómez Gaete N., Schmauck Leay A., Franz Cárdenas R., Errázuriz Fernández G.

Servicios Pediatría, Cirugía Pediátrica y Traumatología Infantil, Imagenología, Clínica Alemana Puerto Varas,
Puerto Varas – Chile

Introducción: El absceso hepático piógeno (AHP) es una condición potencialmente grave, de incidencia variable que se relaciona a desórdenes inmunitarios, patología tumoral, enfermedad de Crohn, diabetes mellitus y sepsis abdominal. Presentamos un caso de AHP post apendicectomía y manejo médico conservador.

Objetivo: Presentar un caso de AHP con tratamiento médico conservador y revisión de protocolos de manejo.

Descripción del caso: Paciente 9 años operado de peritonitis apendicular localizada con técnica videoasistida. Cumple 5 días de tratamiento con Amikacina y Metronidazol, más tratamiento ambulatorio de 7 días con Amoxicilina-Ácido Clavulánico. Evolución y control postoperatorio satisfactorio. Sin embargo, a la tercera semana post apendicectomía, reingresa por fiebre y dolor abdominal. Ecografía y tomografía axial computada evidencian colección en segmento hepático VI de 5 x 6 x 5 cms.; PCR=181 y hemograma con leucocitosis y desviación izquierda. Se inicia tratamiento con Ampicilina- Metronidazol-Ceftriaxona, con favorable respuesta clínica y de laboratorio. Hemocultivos negativos. Ecografía 5º día muestra disminución de colección, lo que asociado a remisión de la fiebre nos inclina a mantener manejo conservador (sin punción). Completa 10 días de antibióticos intravenosos; alta con Amoxicilina-Ácido Clavulánico y Ciprofloxacino por 10 días más. Control ecográfico día 17º de tratamiento evidencia franca disminución de colección y de cambios inflamatorios del parénquima hepático, con desaparición de éstos al control del 4º mes.

Revisión del tema y conclusión: La incidencia de AHP varía de 3 a 25 por 100.000 hospitalizaciones pediátricas. La mortalidad ha disminuido gracias al desarrollo imagenológico que permite diagnóstico precoz, nuevas técnicas de drenaje y terapias antimicrobianas más efectivas. Retrospectivamente, en este caso el AHP se explica por una peliflebitis portal y ascenso bacteriano secundario a una apendicitis subhepática perforada. Como primera línea de tratamiento del AHP se describe la aspiración percutánea. El manejo médico está reservado sólo ante la imposibilidad de realizar el drenaje.

Planteamos revisar la estrategia de manejo sin aspiración, en aquellos pacientes que evolucionan desde el inicio con estabilidad clínica y que responden favorablemente a los antibióticos.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A LINFANGIOMA ABDOMINAL

Autores: Árias Alejo Javier, Morandini Miguel, Barrionuevo Carlos, Ledesma Juan Carlos, Reyes Omar
Hospital Interzonal de Niños Eva Peron
Catamarca, Argentina

Resumen: El linfangioma es una malformación hamartomatosa del sistema linfático, habitualmente quística. La localización intraabdominal, sea retroperitoneal o mesentérica, es infrecuente (2-8 %). La mayoría de estos tumores están situados en el mesenterio, pero pueden extenderse al retroperitoneo. Caso clínico Varón, 3 años. Consulta por: fiebre, vómitos y dolor abdominal continuo (24 hs). Antecedente traumatismo abdominal día previo. A la exploración abdomen globuloso, doloroso a la palpación, defensa generalizada. Ecografía abdominal: estructura quística septada de gran tamaño en hemiabdomen izquierdo, con diferentes densidades ecogénicas. Tomografía abdominal: masa abdominal de densidad líquida, desplaza el resto de estructuras intraabdominales. Se decide intervención quirúrgica encontrando tumor quístico de 15 x 7 x 4 cm adherida íntimamente a hemidiafragma izquierdo y bazo con contenido sanguinolento. Anatomía patológica confirma diagnóstico de linfangioma. En la infancia se suelen manifestar como masa abdominal palpable con obstrucción parcial, aunque también pueden presentarse como abdomen agudo en relación a una complicación como ser ruptura secundaria a traumatismo. Existe en la literatura médica cierta confusión al hacer referencia a los términos linfangioma abdominal y quiste mesentérico. Los primeros son quistes simples con un revestimiento de células endoteliales y paredes con músculo liso, mientras los otros revestidos por células columnares y paredes sin músculo. Sin embargo la literatura médica habla indistintamente de estos. Los quistes mesentéricos son poco frecuentes, 1 por cada 105.000 hospitalizaciones. Un tercio de los casos se dan en menores de 15 años. El linfangioma abdominal puede manifestarse de diversas Formas: como hallazgo imagenológico, como tumoración o secundario a alguna de sus complicaciones infección, obstrucción o ruptura. Como graficamos en esta presentación que pretende ayudar para tener en cuenta una causa más de abdomen agudo.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

LINFANGIOMA INTESTINAL: Forma de presentación poco frecuente

Autores: Dres. C. Michelena, D. Mintegui
Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay

Objetivo: Presentar un caso clínico de cuadro agudo de abdomen cuya etiología no se pudo aclarar en la intervención y que se trata de una patología poco frecuente. Escolar de 5 años que consultó en la Urgencia por Cuadro Agudo de Abdomen, dado por vómitos de 12 hs. de evolución, dolor abdominal tipo cólico, luego permanente localizado en Fosa iliaca derecha y fiebre de 37°C axilar. Al examen físico se comprueba dolor en Fosa iliaca derecha y defensa a ese nivel. El Hemograma mostró Leucocitosis de 18000 a predominio de neutrófilos. Dada la persistencia del dolor se decidió realizar una Laparotomía Exploradora, con diagnóstico presuntivo de Apendicitis Aguda. En la exploración se comprobó exudado purulento, no fétido, asas cianóticas. Vólvulo de yeyuno alto y medio causado por grueso tumor polilobulado de unos 10 cms. de diametro. Se decide devolvulación y exéresis del yeyuno comprometido, con anastomosis término terminal. El paciente evolucionó satisfactoriamente. La Anatomía Patológica mostró Linfangioma sin elementos de malignidad.

Conclusión: Los Tumores de intestino delgado constituyen una localización poco frecuente dentro del aparato digestivo. El Linfangioma esta dentro de los tumores benignos que habitualmente asientan en el delgado En la edad pediátrica son poco frecuentes.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**LINFANGIOMA QUÍSTICO MESENTÉRICO ASOCIADO A VÓLVULO
INTESTINAL CRÓNICO. CASO CLÍNICO**

Autores: Torres V., Zunzunegui J., Castellón J., Benveniste S.
Hospital Exequiel González Cortés
Santiago, Chile

Introducción: Los linfangiomás quísticos mesentéricos (LQM) son malformaciones congénitas del sistema linfático, de muy baja frecuencia. La mayoría se presenta durante la infancia. Su etiología es desconocida. La clínica es inespecífica, desde un hallazgo incidental hasta provocar una catástrofe intestinal. Se presenta un caso clínico tratado en nuestro hospital.

Caso Clínico: Paciente femenina, 2 años 6 meses, previamente sana. Historia de 3 meses de evolución de distensión y dolor abdominal intermitente, vómitos biliosos y constipación. Múltiples consultas en urgencias, se deriva a gastroenterología planteándose intolerancia a la lactosa y se realiza tratamiento, persistiendo las molestias. Se solicita ecografía abdominal, evidenciando masa sólida abdominal desde epigastrio hasta la pelvis, heterogénea, sin necrosis ni calcificaciones. Derivación a Oncología inmediata. TAC abdominal compatible con rhabdomyosarcoma. Se realiza laparotomía exploradora, identificando masa móvil blanquecina, gomosa en todo el mesenterio de yeyuno e ileon. Se realiza biopsia intraoperatoria compatible con linfangioma. Se identifica vólvulo de intestino delgado, que no compromete irrigación intestinal y se destuerce en 270° en sentido antihorario. Se comprueba malrotación intestinal. Se realiza resección parcial de la masa de aproximadamente 80%, junto con 40 cm de yeyuno, a 45 cm del Treitz, con anastomosis intestinal termino-terminal y apendicectomía. Biopsia diferida confirma LQM. Evoluciona en buenas condiciones. Controles al alta sin novedades.

Revisión tema: LQM ha sido asociado con vólvulo crónico y mal rotación, produciendo ectasia, congestión venosa y obstrucción linfática, produciendo linfangioma quístico o quiste quiloso. Pese a ser lesión benigna, tienden a recurrir e invadir estructuras vecinas, por lo tanto, su tratamiento es quirúrgico y es fundamental el seguimiento clínico y ecográfico posterior al alta.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

AGANGLIONOSIS COLÓNICA TOTAL: TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO

Autores: Liberto DH, Vagni RL, Toselli L, Elmo GR, Lobos PA
Hospital Italiano de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Introducción: La aganglionosis colónica total (TCA) representa entre el 5 y 12% de los pacientes con enfermedad de Hirschsprung, esto constituye aproximadamente 1/50.000 RN vivos. Los pacientes con TCA presentan mayor morbimortalidad que aquellos con segmentos aganglionares cortos, requieren un manejo quirúrgico más complejo y un seguimiento multidisciplinario. El objetivo es mostrar nuestra experiencia en el manejo de esta infrecuente entidad por vía míninvasiva y realizar una revisión bibliográfica sobre el manejo de esta patología.

Materiales y Métodos: Se analizan de forma retrospectiva, dos casos de TCA tratados en forma consecutiva por vía laparoscópica en el Hospital Italiano de Buenos Aires durante el período 2008-2009. Se analizaron: edad, sexo, clínica, estudios por imágenes, metodología diagnóstica, modalidad y tiempo quirúrgico, anatomía patológica, evolución postoperatoria (PO) inmediata y mediata.

Resultados: Se presentan 2 pacientes uno de sexo femenino y el otro masculino, recién nacidos de término con peso adecuado para edad gestacional. Consultan por falta de eliminación de meconio y distensión abdominal. Radiografía de abdomen sugestiva y colon por enema compatible con TCA. Se realiza biopsia rectal por succión con ausencia de células ganglionares. Luego se realiza mapeo intestinal laparoscópico que confirma TCA e ileostomía a 10 y 15cm de la válvula. Luego de la cirugía presentaron un aumento de peso de 800g y 1150g. A los 50 y 30 días respectivamente se realizó colectomía total laparoscópica con ileoanoanastomosis tipo Soave. Reiniciaron la alimentación enteral a las 48 y 72 hs PO, suspendiendo en ambos casos la nutrición parenteral a los 5 días. Se realizó calibración rectal al 7° y 9° día PO. Ambos presentaron mínima escoriación perineal de manejo clínico y el segundo caso presentó al 20° día PO una enteritis por rotavirus. El primer caso se otorgó el alta a los 8 días y el segundo permaneció internado por 35 días por razones sociales.

Discusión: El abordaje laparoscópico es una alternativa rápida, segura y cuenta con todos los beneficios de los procedimientos míninvasivos. Como en el resto de los procedimientos quirúrgicos videoasistidos, requiere una adecuada experiencia y equipamiento. Planteamos la realización de la cirugía definitiva en forma precoz con buenos resultados iniciales. Se necesitan más casos para elaborar conclusiones estadísticamente significativas

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

ENTEROPLASTIA SERIADA TRANSVERSA (STEP)

Autores: G Carranza M Verónica; Aranda, S; Carballo, C
Hospital De Niños De La Plata, Argentina

Resumen: Presentamos nuestro primer paciente sometido a elongación intestinal con step. Paciente masculino, actualmente de 26 meses de edad. Diagnóstico neonatal: onfalocele con atresia yeyunal. Operado en esa etapa en otro hospital donde se realizó: • anastomosis yeyuno-colon ascendente • modelaje extramucoso de la clava congenita de 17 cm. De longitud desde el ligamento de treitz. Es referido a nuestro centro a los 21 meses de vida. Al ingreso presentaba • distension abdominal difusa • intolerancia alimentaria • dependencia de npt del 84% del aporte • ausencia de colestasis • p 10 para peso y talla • colon por enema con material hidrosoluble: estenosis de la anastomosis y dilatacion correspondiente de intestino delgado cirugía: 23 meses de vida se evidencian 90 cm. De lir** de los cuales, 40 tenían el diametro adecuado para step. Se realizan 12 disparos de 3.5 Cm. Y reseccion y anastomosis de la union yeyuno-colonica estenotica. Lograndose un lir final de 132 cm. Lo cual surge de la siguiente formula presentada por el dr heung bae kim* $I+(sxn)=nl$ I= largo intestinal remanente s=largo de cada corte n=Número de cortes $nl=nuevo\ largo\ intestinal\ 90+(3.5 \times 12)=132$ *Journal of pediatric surgery, vol 38, no 3 (march), 2003: pp 425-429 ** largo intestinal remanente

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**ENTEROPLASTIA SERIAL TRANSVERSA: UNA NUEVA ALTERNATIVA
TERAPÉUTICA PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO
CORTO**

Autores: Lobos PA, Vagni RL, Elmo GR, Liberto DH, Sánchez Claria R.
Hospital Italiano de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Introducción: La insuficiencia intestinal es una causa mayor de morbimortalidad, debido a las graves complicaciones de la nutrición parenteral. El trasplante intestinal ha surgido como una alternativa para el tratamiento de esta grave condición, aunque aún requiere una compleja inmunosupresión. La enteroplastia serial transversa es una nueva técnica de elongación intestinal que permite rehabilitar el intestino evitando el trasplante.

Método: Se presenta un paciente de 14 meses de edad, que presentaba un síndrome de intestino corto secundario a una gastrosquisis complicada. Presentaba 14 cm de yeyuno residual con marcada dilatación, asociado a 30 cm de colon. Toleraba un máximo de 10 ml/ hora de alimentación enteral. Se realizó una laparotomía, cirugía antirreflujo (Nissen), gastrostomía, y una plastía intestinal serial transversa (STEP) con sutura mecánica lineal. Se reportan los resultados y complicaciones al año de seguimiento.

Resultados: El paciente presentó un aumento de la longitud intestinal de un 135 %. Al año de operado, tolera un 70% de su requerimiento calórico por vía enteral. No ha presentado complicaciones postoperatorias. El paciente se encuentra aún en lista de trasplante intestinal.

Conclusiones: La cirugía de rehabilitación intestinal mediante la técnica de STEP puede ser una buena alternativa para rescatar pacientes que no responden al tratamiento médico, ya sea como reemplazo o como puente a un trasplante intestinal.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TRICOBEOZAR EN PEDIATRÍA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Autores: Rojas Abán Raúl, Lazo de la Vega Evelin, Chávez Mario, Vía Álvaro, Virhuez Rene
Servicio de Cirugía, Hospital de Niños "Mario Ortiz Suárez".
Santa Cruz de la Sierra, Bolivia

Introducción: Los bezoares son una forma singular de cuerpo extraño que se pueden encontrar en tracto digestivo; causados por la ingestión de material orgánico o inorgánico resistente a la acción de los jugos gástricos: cabello, vegetales, papel, resinas y otros. El tipo más común es el tricobezoar producida por ingesta de pelos o cabellos (tricofagia). Presentamos un caso de una niña con tricobezoar con resolución quirúrgica.

Presentación de caso: Escolar, femenina de 8 años de edad con distensión abdominal y epigastralgia de 2 meses de evolución, 3 días previos al ingreso presentó dolor, vómitos, distensión abdominal, hiporexia y ausencia de evacuaciones, presencia de masa en epigastrio, no dolorosa. Rayos X simple: Imagen radiopaca en abdomen superior.

Endoscopia: Tricobezoar gigante. Se realizo laparotomía para extracción de tricobezoar gigante gástrico. Evolución favorable en el postoperatorio, actualmente en control por consulta externa y psicología infantil.

Discusión: Los bezoares gástricos constituyen una patología poco frecuente para la que es necesario un índice de sospecha alto en pacientes con tumoración en abdomen superior y sin antecedentes mórbidos. El método diagnóstico de elección es la endoscopia digestiva alta, que permite la visualización del bezoar, determinar cuál es la composición y plantear la forma de tratamiento. El tratamiento estará determinado por el tipo de bezoar, tamaño y consistencia. Puede ser de remoción química, endoscópica o quirúrgica cuando es gigante como en el presente caso. Es muy importante el apoyo psicológico para evitar recidivas por la tricofagia.

Palabras claves: Bezoar, tricobezoar, tricofagia.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**TRICOBEOZAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN EL ESTUDIO DE
MÁSAS ABDOMINALES EN PEDIATRÍA**

Autores: Torres V., Reveco P., Zunzunegui J.
Hospital Exequiel González Cortés
Santiago, Chile

Introducción: El tricobezoar es una patología rara y debe sospecharse en pacientes jóvenes, de sexo femenino, que consultan por dolor abdominal asociado a masa palpable y baja de peso, con antecedente de tricotilomanía y tricofagia. Se presenta caso clínico.

Caso Clínico: Paciente femenina, 13 años, previamente sana, consulta en Servicio de Urgencia de nuestro hospital, con historia de 2 meses de evolución de dolor abdominal cólico asociado a vómitos alimentarios, saciedad precoz y apetito conservado. Al examen físico destaca gran masa sólida abdominal de bordes netos, móvil, en epigastrio e hipocondrio izquierdo, con leve sensibilidad a la palpación. Se ingresa para estudio de masa abdominal. Ecografía abdominal y tránsito intestinal con estómago distendido y contenido heterogéneo, compatible con tricobezoar. Al quinto día de hospitalización, se realiza laparotomía exploradora, gastrostomía amplia y extirpación de tricobezoar gastroduodenal de 1200 gramos.

Presenta buena evolución postquirúrgica. Seguimiento 1 año sin novedades y en tratamiento psiquiátrico por trastorno generalizado de ansiedad, tricotilomanía y tricofagia que padece desde los 8 años.

Revisión del tema: Los tricobezoares se presentan en mujeres en el 90% de los casos y generalmente, en menores de 30 años. Tricotilomanía y tricofagia, se revela en menos del 50% de los casos. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y se confirma con exámenes contrastados del tracto digestivo y mediante endoscopia. El tratamiento es quirúrgico y debe realizarse evaluación y manejo psiquiátrico, ya que estos trastornos aberrantes de la alimentación recidivan.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TRICOBEOZAR GÁSTRICO PEDIÁTRICO: REPORTE CASO CLÍNICO

Autores: Acevedo Carlos, Acuña Renato, Toro Maritza
Hospital de Carabineros
Santiago, Chile

Resumen: Los tricobezoares gástricos son ovillos de folículos pilosos que se coleccionan en los pliegues mucosos del estómago y crecen enormemente. Como ocurre desnaturalización de las proteínas del pelo, estos son de color negro-café y de muy mal olor. En el 90% de los casos ocurren en mujeres jóvenes asociados a tricotilomanía y tricotofagia, debido a desordenes nerviosos y alimentarios (bulimia). Ocurre en 1 de cada 2000 niños. Siendo sus complicaciones más importantes: hemorragia digestiva, perforación gástrica, obstrucción intestinal, etc. Se presenta caso clínico de paciente femenino, 11 años de edad, en control hace 1 año en psiquiatría por tricotilomanía y tricotofagia, derivada a gastroenterología infantil se constata anorexia y masa abdominal en epigastrio e hipocondrio izquierdo. Se realizan estudios tomográficos y baritados, siendo derivada al servicio de cirugía infantil para resolución de tricobezoar gástrico. Se interviene quirúrgicamente en forma exitosa en diciembre de 2008. Se adjuntan imágenes de estudios abdominales simples, baritados, tomográficos y secuencia de la cirugía. Dada de alta en excelentes condiciones, control mensual sin problema desde el punto de vista quirúrgico y psiquiátrico.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**SÍNDROME PEUTZ JEGHERS: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO
ASOCIADO A OBSTRUCCIÓN INTESTINAL**

Autores: Carolina Donoso C.1, Oscar Carvajal F.1

1 Cirujano Pediatra. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Ayudante, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil. Facultad de medicina. Universidad de Chile Santiago, Chile

Introducción: El síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una enfermedad genética poco frecuente, caracterizada por la presencia de pólipos hamartomatosos intestinales y pigmentaciones mucocutáneas características. Con frecuencia es causal de intususcepción, obstrucción intestinal y/o hemorragias digestivas.

Objetivo: En el presente trabajo se reporta un caso de SPJ asociado a invaginación intestinal y obstrucción intestinal.

Caso Clínico: Se describe el caso clínico de una paciente de 8 años con diagnóstico de poliposis familiar de Peutz Jeghers y con obstrucción intestinal. En la laparotomía la obstrucción intestinal es secundaria a una masa de grandes pólipos sésiles, que obstruyen el lumen intestinal en yeyuno y colon. El tratamiento quirúrgico consistió en doble resección intestinal y anastomosis termino-terminal.

Conclusión: Se concluye que el SPJ es una entidad poco frecuente, que debe ser reconocida por el cirujano pediatra, para mejorar la sobrevida del paciente en caso de complicaciones graves.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

INVAGINACIÓN INTESTINAL POR ÁSCARIS LUMBRICOIDE PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Autores: Verdugo, R.; Mauret, E.

Unidad de Cirugía Infantil, Hospital Regional de Coyhaique. Décimo primera región, Patagonia Chilena.
Coyhaique, Chile

Resumen: Se presenta caso clínico de lactante de un año once meses, previamente sano que consulta a servicio de urgencia por cuadro de ocho horas de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico, asociado a gran irritabilidad y rechazo alimentario. Al examen físico destacó la palpación de masa en fosa iliaca derecha. Se ingresó con diagnóstico de abdomen agudo del lactante, observación obstrucción intestinal. Se realizó radiografía de abdomen simple. No hubo ecografía disponible. Evaluado por cirujano pediatra y se decidió realizar laparotomía exploradora de urgencia comprobando que había invaginación intestinal ileocecal, con asas vitales y presencia de un áscaris lumbricoide enrollado sobre sí mismo que actuó como cabeza de invaginación. Se procedió a desinvaginación manual y minienterotomía para extracción del parásito, el cual midió veinticuatro centímetros. El lactante evolucionó favorablemente en el postoperatorio y fue dado de alta al quinto día con tratamiento familiar con Mebenzadol. La invaginación intestinal es una causa frecuente de abdomen agudo en el lactante. Su tratamiento actual es básicamente la reducción hidrostática o neumática.

La resolución quirúrgica se realiza cuando fracasa el procedimiento médico de reducción o no están las condiciones para realizarlo. La presencia de un áscaris como causa es rara, con escasos reportes de casos aislados en los últimos años en la literatura. Se presentan fotos del acto quirúrgico

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A DEFECTO MESENTÉRICO
CONGÉNITO EN LACTANTE**

Autores: Alexis Sanhueza U. - Mauricio de la Torre F.
Hospital Sótero del Río
Santiago, Chile

Introducción: La causa más frecuente de obstrucción intestinal en lactantes es la invaginación intestinal o intususcepción, existiendo causas menos comunes entre las que destacan defectos mesentéricos congénitos, como forámenes, recesos y fosas.

Descripción: Lactante de 5 meses de edad consulta en Servicio de Urgencia, por presentar vómitos alimentarios frecuentes, distensión abdominal y compromiso de su estado general. Radiografía de abdomen muestra asas intestinales dilatadas con niveles hidroaéreos. Se decide intervención quirúrgica constatándose una masa quística de aproximadamente 12 cm de diámetro, con contenido lechoso en su interior. Al explorar cavidad abdominal se comprueba que asas de intestino delgado se introducen a través de un defecto de una de las hojas del mesenterio, de aproximadamente 2 cm de diámetro, proximal al Treitz, el cual permitía que asas de intestino delgado, que atravesaban por este defecto, se alojaban entre las hojas del mesenterio, dilatándolo y dando la impresión de un pseudoquiste, se constata compromiso isquémico y edema importante de las asas encarceladas, las cuales se logran reducir, no observándose necrosis o perforación intestinal, procediendo a reparar defecto. En su postoperatorio inmediato ingresa a UCIP, para estabilización hemodinámica. Evolución favorable, realimentándose al quinto día. A 4 meses, lactante asintomática con buen incremento ponderal.

Revisión: Los cuadros de Obstrucción intestinal producidos por defectos congénitos del mesenterio son poco frecuentes y en general evolucionan muy rápidamente, llegando a la necrosis intestinal. Las hernias transmesenterica se observan en población pediátrica como también en adultos. En niños constituyen el tipo más frecuente de hernia interna y se piensa que derivan de un defecto congénito del mesenterio del intestino delgado cerca de la región ileocecal o del ligamento de Treitz. En el caso clínico presentado se destaca la presencia de un defecto congénito incompleto poco descrito en la literatura

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**HERNIA INTERNA SECUNDARIA A DEFECTO MESENTÉRICO CONGÉNITO.
DESCRIPCIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS**

Autores: Weibel G, Muñoz V, Figueroa F, Echeverría M, Aliaga J
Hospital Regional de Antofagasta
Antofagasta, Chile

Introducción: La hernia transmesentérica debida a un defecto congénito es una rara pero grave causa de obstrucción intestinal en niños, afecta principalmente el intestino delgado y existen pocos casos descritos en la literatura, presentamos 2 casos de obstrucción intestinal en niños causados por este tipo de hernias

Caso 1: lactante de 41 días de vida, Recién Nacido de Pretermino, estando estable y tolerando bien su alimentación se inicia cuadro de distensión abdominal y aumento de residuos, se solicita radiografía de abdomen y evaluación por cirugía con diagnóstico probable de Enterocolitis Necrotizante. Al examen con abdomen distendido, sensible en forma difusa y resistencia muscular. radiografía de abdomen: asas distendidas, no se visualiza aire en colon. Se diagnostica Obstrucción intestinal, ¿secundaria a malrotación intestinal? Se realiza laparotomía exploradora encontrándose defecto mesentérico de 2 cm. a unos 20 cm. de válvula ileocecal a través del cual se herniaba el ileon distal, se reduce hernia y se corrige defecto mesentérico, paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta a los 9 días.

Caso 2: preescolar de 2 años 3 meses con antecedentes de Síndrome de Marfán, comienza cuadro brusco de dolor abdominal cólico y vómitos, consulta y se ingresa con diagnóstico de trasgresión alimentaria más deshidratación, evoluciona febril y se toma radiografía que muestra poco aire a distal pero sin dilatación de asas, hemograma con leucocitosis 27000, evoluciona desfavorablemente y se plantea posible etiología infecciosa iniciándose tratamiento antibiótico triasosido, se solicita Tomografía de abdomen que muestra dilatación de asas pero con aire en colon, debido a agravamiento del cuadro y aparición de residuos fecaloideos, a las 40 hrs. de evolución se explora encontrando defecto mesentérico de 2cm con hernia de 80cm de ileon que estaba necrótico, se realiza resección y anastomosis termino terminal, evoluciona favorablemente y se da de alta, al mes reingresa por obstrucción intestinal por bridas la cual se resuelve quirúrgicamente, actualmente asintomático. Este tipo de hernias son poco frecuentes y su diagnóstico difícil, los casos que se describen en general presentan alta morbilidad y mortalidad, sin embargo es importante considerarla ante una obstrucción intestinal de un niño sin antecedentes quirúrgicos, independiente de su edad.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

ISQUEMIA MESENERICA

Autores: Drs. Benito A., Sammartino F., Mendieta N., Navarro R.
Hospital Humberto Notti
Guaymallén, Argentina

Introducción: Se define la isquemia mesentérica como insuficiencia en el aporte sanguíneo al territorio de la arteria mesentérica no cubriendo las necesidades básicas del intestino en dicho territorio. Produciendo un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal intenso posterior a la ingesta de alimentos, donde los requerimientos de oxígeno aumentan en el territorio mesentérico. La frecuencia de esta patología en pacientes pediátricos no está bien establecida por ser infrecuente sobre todo en pacientes sin cirugías previas. El siguiente caso corresponde a un paciente de sexo femenino de 2 años y 4 meses con diagnóstico de ingreso de dolor abdominal recurrente en estudio donde interviene nuestro servicio como interconsultor durante su internación.

Descripción del Caso: Se presenta el caso de un paciente de sexo femenino de 2 años y 4 meses con antecedentes de Síndrome Convulsivo crónico secuelar a encefalitis herpética y desnutrición moderada aguda que refiere dolor abdominal intenso, irritabilidad y vómitos gástricos de 10 meses de evolución. Ingresa a nuestra institución donde es evaluado por médicos pediatras, neurólogos y gastroenterólogos, se le practican estudios de laboratorio e imágenes con y sin contraste.

Sin encontrar causa del cuadro por lo que se realiza laparoscopia exploradora en blanco. Veinte días después del acto quirúrgico, en seguimiento por gastroenterología, reingresa por iguales síntomas con descompensación hemodinámica.

Por lo que se decide realizar laparotomía exploradora encontrándose necrosis intestinal total del territorio mesentérico. 48 hs. posterior se produce el óbito de la paciente.

Revisión del Tema: La isquemia mesentérica es un cuadro infrecuente pero de mortalidad elevada cuya causa principal es la aterosclerosis. En el ámbito de la pediatría, aunque su incidencia es menor, las causas son diversas. Creemos importante la revisión del caso clínico y el estudio de la patología para favorecer un diagnóstico temprano y aumentar los índices de sobrevida

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**TUMORES EXOFÍTICOS DE REGIÓN PERIANAL EN PEDIATRÍA.
PRESENTACIÓN DE 4 CASOS CLÍNICOS.**

Autores: Bollini R*, Pollono D**, Drut R ***, Pollono A****, López M*****

*Cirujano Infantil, Hospital de Olavarría, **Jefe de Oncología HIAEP La Plata, ***Jefe de Patología HIAEP La Plata, ****Oncohematóloga Htal Garrahan, *****Pediatra Hospital de Niños Azul Olavarría, República Argentina

Introducción: Los tumores perineales exofíticos son infrecuentes en pediatría. Los más frecuentes son: El teratoma sacrococcígeo en neonatos y en lactantes y sarcomas pélvicos en niños mayores.

Presentación de casos: Caso 1: niña, 2 meses. Presenta formaciones perianales. Tratamiento: exéresis con láser. Anatomopatología: rabdomyosarcoma embrionario. Postoperatorio (PO) favorable. Estadío I Ausencia de metástasis. Inició quimioterapia: protocolo SIOP (MMT95) actinomicina (ActD), ifosfamida (IFO) y vincristina (VCR) 6 meses. Sin recidiva.

Caso 2: niño recién nacido: ano imperforado, hipospadia, escroto bífido y tumoración perineal. Conducta: colostomía sigmoidea y punción aspiración con aguja fina (PAAF) tumoral, confirmándose teratoma inmaduro. Tratamiento: exéresis tumoral (TC tóracoabdominal, MO y CO negativos). Recidiva local en 8 meses; PAAF: tumor de seno endodérmico (TSE).

Alfa Feto Proteína (AFP) 1045 ng/ml. Tratamiento: protocolo SIOP vinblastina – bleomicina – cisplatino (CDDP) 6 ciclos; remisión completa.

Caso 3: Niña 2 ½ años. Ingreso: presunto maltrato, hematoma en región glútea, hipotonía de esfínter anal y miembros inferiores. TC: tumor sacro y canal medular +, metástasis pulmonar; AFP 17000ng/ml. PAAF: TSE. Tratamiento: Etopósido- IFO-CDDP 6 ciclos; exéresis del residuo y autotrasplante de médula ósea (ATMO). Sin recidiva.

Caso 4: Niña 4 años, tumor interglúteo, de 3 x 4 cm. Exéresis quirúrgica, Anatomopatología: sarcoma de Ewing extraesquelético. Estadificación negativa. Estadío I. Quimioterapia: protocolo SIOP (MMT05) actD-VCR. Sin recidiva.

Revisión: Los tumores exofíticos malignos de región perianal son infrecuentes (2% en sarcomás), no hay descrito Ewing extraóseos perineales. 79% de los teratomas tienen localización sacrococcígea. Las metástasis y recidivas tienen alta sobrevida con quimioterapia y ATMO.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**HEMORRAGIA DIGESTIVA ASOCIADA AL USO DE
ANTI-INFLAMATORIOS NO ESTEROIDALES. REPORTE DE CASO CLÍNICO Y
REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Autores: Drs. Saitúa Doren F., Ibáñez Messina C.G.
Servicio de Cirugía, Hospital Luis Calvo Mackenna, Universidad de Chile
Santiago, Chile

Introducción: Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son usados diariamente en la práctica clínica para el manejo del dolor posoperatorio. Las complicaciones en el tracto gastrointestinal (GI) alto han sido estudiadas desde hace varias décadas, no así en el daño producido en el intestino delgado, que podría ser incluso más frecuente y severo, debido a su baja sospecha y difícil diagnóstico. Presentamos un caso clínico de daño yeyunal asociado a uso prolongado de AINEs, que se manifestó como una enterorragia másiva.

Presentación del Caso: Paciente de 15 años con antecedentes de vejiga neurogénica al que se le realizó una derivación vesíco-cutánea tipo Mitrofanoff. En su postoperatorio evolucionó con una obstrucción intestinal por bridas, que debió resolverse quirúrgicamente. Recibió ketoprofeno durante 14 días. Posteriormente presentó cuadro de enterorragia aguda asociada a shock hipovolémico que requirió varias transfusiones de hemoderivados. Las endoscopías digestiva alta y baja no lograron localizar el punto de sangrado. AngioTAC mostró sitio de sangrado de origen arterial a nivel yeyunal, que se embolizó con coil. Evolucionó favorablemente, con alta hospitalaria a los 35 días desde su ingreso. Actualmente en buenas condiciones, no ha vuelto a presentar episodios de sangrado.

Revisión del Tema: La enteropatía se ve hasta en un 60% de los pacientes que consumen AINEs a largo plazo. A nivel intestinal los cambios incluyen: aumento de permeabilidad de la mucosa, inflamación, ulceraciones, anemia, sangrados, perforaciones, etc. La enteropatía por AINEs es frecuentemente subestimada, debido a su carácter asintomático y a la baja disponibilidad de herramientas diagnósticas. Destacamos la importancia de tener presente esta patología como una probable complicación medicamentosa postoperatoria.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

ATRESIA PILÓRICA

Autores: Sammartino F., Benito A., Mendieta N., Navarro R.
Hospital Dr. Humberto Notti
Mendoza, Argentina

Introducción y Objetivos: La atresia de píloro es una patología extremadamente rara con una incidencia de 1 cada 100.000 nacimientos. Si bien puede ocurrir en forma aislada, frecuentemente se asocia a otras anomalías congénitas. El siguiente caso corresponde a un paciente recién nacido con diagnóstico de atresia de píloro sin otra patología asociada, tratado en nuestra institución.

Paciente y Métodos: Se presenta el caso de un recién nacido de sexo masculino, nacido pretérmino, que a las 24 hs de vida presenta distensión abdominal, acompañado de residuo gástrico por sonda. Se practican estudios de imágenes constatando distensión gástrica con nivel hidroaéreo, burbuja única y ausencia de aire distal. Se decide realizar laparotomía exploradora comprobando falta de recanalización de píloro, con segmento sólido, por lo que se decide realizar piloroplastia tipo Heinicke- Miculicz con resección de membrana. El paciente evoluciona de manera tórpida, con cuadros de oclusión intestinal por bridas, reintervenido en tres oportunidades, corroborando en todos los casos buena permeabilidad del píloro. En la evolución a largo plazo presenta buen pasaje hacia duodeno.

Revisión del Tema: La atresia de píloro sin anomalías asociadas es de presentación infrecuente y su tratamiento quirúrgico debe diferirse hasta tanto el paciente se encuentre compensado. En la bibliografía se describen tres variantes anatómicas de atresia de píloro, según sea membrana pilórica, canal reemplazado por un núcleo sólido o atresia con pérdida de continuidad del intestino. Nuestro caso correspondería a la segunda variante de dicha clasificación.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

COLECISTITIS LITIÁSICA NEONATAL

Autores: Álvarez Cárcamo D., Espinoza Bravo A.
Hospital Félix Bulnes Cerda
Santiago, Chile

Introducción: La colelitiasis neonatal es una patología muy infrecuente. Puede ser asintomática o manifestarse como un proceso inflamatorio, obstructivo o perforación. Su origen es multifactorial, identificándose factores de riesgo asociados como son hemólisis, nutrición parenteral total, resección de íleon, deshidratación, malformaciones de la vía biliar, sepsis, fototerapia, prematurez, Fibrosis Quística y la administración de algunos fármacos como Furosemda y Ceftriaxona. Sin embargo, existe un significativo número de casos sin factor de riesgo reconocido, existiendo incluso reportes de colelitiasis fetal. Por otro lado, la colecistitis neonatal constituye también un cuadro poco frecuente, siendo la mayoría de los casos reportados en la literatura internacional las de causa alitiásica, descritas durante el curso de un cuadro infeccioso o asociadas a extensas quemaduras y estados post traumáticos. Es así, como la presentación de Colecistitis litiásica neonatal corresponde a un cuadro de presentación excepcional.

Objetivo: Presentar un caso clínico y una revisión de la literatura respecto a este tema.

Caso clínico: Recién nacido de término de 40 semanas de vida, sexo femenino, en tratamiento con fototerapia por hiper-bilirrubinemia neonatal por incompatibilidad de grupo clásico. Al tercer día de vida destaca vómitos y aumento de volumen en hipocondrio derecho. Se solicita Ecotomografía abdominal que muestra vesícula aumentada de tamaño, pared engrosada y edematosa, con abundante barro biliar e imagen hiper-ecogénica impactada en el bacinete, correspondiente a un cálculo de 5mm. Al Doppler aumento de la vascularización. El paciente es manejado satisfactoriamente, con régimen hipograso, sonda nasogástrica, ácido Ursodeoxicólico y Cefotaxima endovenosa por 7 días, presentando resolución completa del cuadro clínico.

Conclusión: de acuerdo a nuestro caso y la documentación internacional la colecistitis litiásica neonatal no complicada, puede ser sometida a tratamiento médico en forma segura y satisfactoria.

Palabras claves: Colelitiasis, colecistitis, neonatal.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**APENDICITIS NEONATAL: SERIE DE TRES CASOS CLÍNICOS CON
DIFERENTE PRESENTACIÓN CLÍNICA**

Autores: Acevedo Carlos, Cifuentes Macarena, Astudillo Jose, Toro Maritza, Muñoz Victor, Kulikof Boris, Vera Patricio, Mora Eduardo
Hospital de Carabineros, Hospital Padre Hurtado
Santiago, Chile

Resumen: Es una patología muy rara (0,2-0,04%), más frecuente en varones, la mitad de los casos ocurre en prematuros. El 80% debuta como apendicitis aguda perforada. Existen teorías inmune, vascular y obstructiva que intentan explicar este hecho. Se asocia prematurez y las hernias inguinales (33%). Pueden ser cuadros clínicos larvados con dolor, distensión abdominal, vómitos, fiebre, resistencia muscular, masa palpable, inestabilidad térmica. Se puede confundir con cuadro de enterocolitis necrotizante. En el diagnóstico pueden ayudar las imágenes, pero frecuentemente el diagnóstico es hecho en la exploración abdominal. Se presentan 3 casos clínicos ocurridos en el período de 1 año en dos centros hospitalarios diferentes. Los pacientes no presentan patología antenatal, tampoco hubo presencia de membranas rotas por tiempo prolongado. El inicio de los síntomas ocurre entre los 5 y 8 días de vida. En dos de ellos son pacientes hospitalizados por ser prematuros de más 32 semanas, que inician cuadro sospechoso de enterocolitis necrotizante y son explorados por ello encontrándose como hallazgo una apendicitis perforada, responden satisfactoriamente a la cirugía de defecación y antibióticos. El otro paciente fue dado de alta y consulta por emesis a repetición y al examen se encuentra masa palpable. Una tomografía computada de abdomen sugiere invaginación intestinal por lo que se opera encontrándose plastrón abdominal abscedado. Evoluciona sin problemas.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

GASTROSQUISIS CON INTESTINO EVANESCENTE: REPORTE DEL PRIMER CASO DE ALARGAMIENTO INTESTINAL CON TÉCNICA DE STEP EN CHILE

Autores: Drs. Valenzuela M; Herrera JM, Muñoz JC, Cifuentes J. Ibáñez R.
Servicio Cirugía Pediátrica, UCI Neonatal, Clínica Indisa
Santiago, Chile

Introducción: Gastrosquisis ha aumentado su incidencia a nivel mundial y con ello las distintas formas de presentación. Esto plantea más desafíos quirúrgicos. Se reporta el primer caso de Gastrosquisis con Sd. Intestino Corto (SIC) tratado con técnica de STEP en Chile.

Descripción: RNT AEG 38 semanas nace en Clínica Central 14/04/05 con diagnóstico prenatal de Gastrosquisis. Se traslada a clínica INDISA el 1º día de vida para cirugía con diagnósticos de Gastrosquisis con intestino evanescente y SIC. Laparotomía exploradora confirma ausencia de intestino medio con presencia de yeyuno proximal y micro colon sin válvula. Se extirpa intestino evanescente extra-cavidad, se realiza anastomosis yeyuno-colónica termino-terminal con plastia de cabos. Inicia precozmente manejo de SIC. Inicialmente eutrófica con desarrollo pondo-estatural, parámetros bioquímicos y hepáticos normales, pero con dilatación progresiva de yeyuno proximal. A los 2 meses se re-opera por suboclusión intestinal liberándose múltiples bridas y realizándose plicatura intestinal tipo De Lorimier. A los 2 años de edad persiste con apoyo parenteral y evoluciona con mala tolerancia a 20 cc/kg/día. Se descarta obstrucción intestinal y por evolución nutricional desfavorable y mal pronóstico basal asociado a SIC, se decide alargamiento intestinal con técnica de STEP (serial transverse enteroplasty) el 23/3/07 sin complicaciones. Actualmente está en control con 4 años 5 meses y disminución progresiva de aporte parenteral.

Conclusiones: Formas raras y graves de Gastrosquisis condicionan SIC congénito precoz. En Chile, el trasplante intestinal aun no se puede sumar al arsenal terapéutico. Técnicas de alargamiento intestinal son una alternativa válida de tratamiento. Destacamos el manejo multidisciplinario que ha determinado la buena evolución de este paciente.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

EXPERIENCIA EN MALFORMACIONES ANORECTALES EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS. REGIÓN METROPOLITANA NORTE

Autores: Díaz A., Valdivieso J., Garrido M., Muñoz O., Espinoza F., Contador M.
Hospital de Niños Roberto del Río; Hospital Clínico Universidad de Chile; Clínica Dávila.
Santiago, Chile

Introducción: Las Malformaciones Ano Rectales (MAR) constituyen espectro complejo clínico. Se clasifican en MAR altas y bajas con o sin fístula.

Objetivo: Establecer caracterización epidemiológica y evolución clínica de los pacientes con MAR operados entre los años 2000-2009. **Pacientes y Método:** Estudio multicéntrico, descriptivo retrospectivo de 65 fichas clínicas. Se analizaron con programa estadístico SPSS.

Resultados: De un total 85 casos, se accedió a la ficha clínica de 65 pacientes. Un 52.3% fueron niñas y un 47,69% niños. En un 86,15% el diagnóstico de MAR se hizo en período de RN. En un 13, 84 % el diagnóstico fue tardío, con una media 11 meses, (rango entre 1 meses y 4 años). La MAR más frecuente en niñas fue la baja con fístula recto-perineal (44.11%), con un 40% de malformaciones asociadas. En varones lo más frecuente fue MAR alta sin fístula con 35.4%, de las cuales, 45,4% presentó malformaciones asociadas. En un 61, 5% se realizó colostomía, 33,8% anorectoplastía y 3% sólo anoplastía, como primer tiempo quirúrgico. Del total de colostomías, un 20% presentó complicaciones, de estas, solo un 25% correspondieron a complicaciones infecciosas. Con respecto a la anorectoplastía, 56,5% presentó complicaciones, destacando la dehiscencia de sutura en un 30.7%. Con respecto a la evolución un 15.3% cursa con constipación crónica. No hubo letalidad en esta serie. **Conclusiones:** Los datos presentados, difieren a lo descrito principalmente con el tipo de MAR según sexo. La colostomía sigue siendo la cirugía de elección como primer tiempo quirúrgico. La evolución fue favorable, destacando un porcentaje menor a lo descrito de constipación crónica.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Corticosteróide Materno e Adiantamento do parto como opções mais eficazes para a correção da Gastrosquise: relato de 5 casos num pequeno serviço de Cirurgia Pediátrica

Autores: França WM, Moro EY, Harder D, Samaha S.
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde do CCMB, PUC/SP, campus Sorocaba e Hospital da Unimed de Sorocaba/SP
Sorocaba/SP, Brasil

Introdução: O líquido amniótico (LA) e seus componentes, como urina e mecônio fetais, levam a alterações morfológicas e histológicas das alças intestinais exteriorizadas na gastrosquise (G), levando à imaturidade dos plexos mioentéricos, hipomotilidade e malabsorção intestinais relacionadas ao tempo de contato com o LA, levando a maior morbidade e alto custo hospitalar. Um menor tempo de contato dessas alças ao LA e o uso de corticosteróide materno pré-natal mostraram redução destas lesões intestinais em animais de experimentação. O objetivo deste relato é demonstrar que este procedimento aplicado a humanos pode ser bem sucedido tanto na alimentação mais precoce, quanto na redução do tempo de internação.

Descrição: De 2004 a 2009 tratamos 5 casos de neonatos portadores de gastrosquise sem outras malformações associadas. As mães foram tratadas com doses entre de 0, 5-1, 0 g de Hidrocortisona entre 35-36 semanas e os partos foram todos programados entre 36-37 semanas. Os neonatos foram operados entre 10 e 25 horas após o nascimento. Quatro necessitaram de silo plástico para tratamento estagiado. Apenas um (E) foi feito o fechamento primário. O fechamento definitivo da parede nos neonatos A e B foi feito no 5º dia de silo e no 7º dia em C e D. A e C foram alimentados com leite materno (LM) no 12º pós-operatório e B e D foram alimentados com LM no 14º e 17º pósoperatório, respectivamente. O neonato E foi alimentado no 19º dia de pós-operatório. Todos os neonatos receberam Alta médica entre 29 e 33 dias de nascido.

Revisão: O tempo prolongado de contato do intestino ao LA na G leva a alterações estruturais na sua parede que interferem diretamente na função intestinal pós-natal. O corticosteróide materno pré-natal e o adiantamento do parto para 35-36 semanas pode ter influenciado de maneira decisiva na boa evolução destes neonatos com G.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Evolução da idade do diagnóstico da atresia das vias biliares nos últimos 10 anos

Autores: Duarte, A. A. B.; Marino, G. C.; Chinen, E. S.; Netto, A. A. S.; Mattar, R. H. G. M.; Castro, C. C. L.; Martins, J. L.; Brasil

Introdução: A atresia de vias biliares (AVB) é a principal causa de icterícia neonatal prolongada e de transplante hepático até 1 ano de idade. Decorre de um processo inflamatório progressivo das vias biliares cujo tratamento inicial proposto é a cirurgia de Kasai. O diagnóstico tardio tem impacto negativo na drenagem biliar e leva à maior necessidade do transplante hepático. A taxa de drenagem é de cerca de 70%-80% antes dos 2 meses e cai para menos de 25% após os 3 meses.

Objetivo: Analisar a idade do diagnóstico anatomopatológico das colestases neonatais e comparar sua evolução nos últimos 10 anos.

Método: Análise retrospectiva das biópsias hepáticas realizadas de janeiro/1999 a julho/2009 em crianças com icterícia colestática e acolia por período superior a 7 dias, não tendo sido postergada a biópsia para a obtenção de outros exames subsidiários (cintilografia, sorologia, tomografia ou RNM). Os pacientes foram distribuídos em 2 grupos, grupo 1 (n=27) até dez/2003, e grupo 2 (n=30) após jan/2004.

Resultados: Foram realizadas 437 biópsias hepáticas em 302 crianças. 153 delas tinham até 1 ano de idade. Foi diagnosticada AVB em 57 pacientes (19% do total de biópsias e 37% das realizadas em até 1 ano). Dos pacientes com AVB, 12%(7) foram biopsiados até 2 meses, 35%(20) entre 60 e 90 dias, 30%(17) entre 90 e 120 dias e 22%(13) após 120 dias de vida. Grupos 1 e 2 mostraram média de idade em meses ao diagnóstico e desvio padrão de $2,89 \pm 1,53$ e $3 \pm 2,03$, respectivamente ($p=0,82$).

Conclusão: O diagnóstico de AVB tem ocorrido tardiamente, o que contribui para um menor índice de sucesso na cirurgia de Kasai e maior necessidade do transplante hepático. Não houve mudança desse cenário nos últimos 10 anos.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

CIERRE PARIETAL DE GASTROSQUISIS CON MALLA PROTÉSICA

Autores: Dr. Lembo, H.
Departamento de Cirugía Pediátrica Hospital Pereira Rossell
Montevideo, Uruguay

Objetivo: Mostrar el caso de un paciente con gastrosquisis y gran defecto parietal que se cerró la brecha sólo con malla protésica dado que no presentaba músculos ni piel suficientes para ello.

Material y Métodos: Se trata de un recién nacido con diagnóstico prenatal por ecografía de gastrosquisis nacido por cesárea a las 36 semanas de gestación por presentarse en podálica con peso al nacer de 2500 g siendo vigoroso.

Se trataba de un defecto parietal de unos 7 u 8 cm con salida de intestino delgado. Se intervino quirúrgicamente a las 9 hs. de vida reintroduciéndose parcialmente el intestino y confeccionándose un silo para el resto.

Fue reintervenido a los 8 d por falla en el cierre del silo a nivel parietal por lo que se cerró el defecto con una malla de Vicryl y recubierta con apósitos de Terpropil que se cambiaron diariamente durante 3 meses y medio.

Resultados: El defecto parietal cerrado con malla se epitelizó totalmente cubriendo toda la malla quedando una gran eventración.

Dicho defecto se fue achicando con el tiempo permaneciendo al año y medio de vida con una pequeña brecha parietal y la eventración más chica.

Conclusiones: El cierre parietal de las gastrosquisis debe ser hecho preferentemente con los planos de cubierta propios del paciente, aunque en defectos importantes puede darse la excepción de cerrar sólo con malla protésica y esperar que cicatrice por segunda intención, pudiendo tener buena evolución.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

SÍNDROME DE CHILAITITI V/S HERNIA DIAFRAGMÁTICA EN EL NIÑO

Autores: Donoso Carrasco C., Carvajal Flores 1
Cirujano Pediatra. Servicio de Cirugía Pediátrica¹. Hospital Clínico San Borja Arriarán
Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Facultad de Medicina - Universidad de Chile
Santiago, Chile

Introducción: El signo radiológico de Chilaiditi se conoce como una alteración anatómica que consta de la interposición del colon, entre el diafragma y el hígado. Puede confundirse radiológicamente con hernia diafragmática, por la presencia de imágenes aéreas en relación al diafragma. En general se da en el contexto de pacientes asintomáticos, siendo un hallazgo imagenológico, pero en algunos de los pacientes se ha visto asociado a síntomas principalmente gastrointestinales y en menor medida síntomas respiratorios, lo que recibe el nombre de Síndrome de Chilaiditi.

Objetivo: Reportar el caso de un paciente con síndrome de chilaiditi.

Caso clínico: Paciente de 13 años de edad, con historia de cuadros respiratorios a repetición, y hospitalizaciones repetidas por cuadros respiratorios en el que se encuentra como hallazgo radiológico el ascenso del hemidiafragma derecho, causado por la presencia de un asa de colon dilatada (signo de chilaiditi) El paciente ha sido tratado en forma conservadora y se ha mantenido con menos sintomatología.

Conclusión: El signo de chilaiditi es una variación anatómica poco frecuente, pero que debe ser conocida y diferenciada de la imagen de hernia diafragmática, ya que a diferencia de ésta en la gran mayoría de los casos no tiene importancia patológica y no necesita tratamiento quirúrgico.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO: HALLAZGO INCIDENTAL

Autores: Sammartino F., Mendieta N., Benito A., Navarro R.
Hospital Dr. Humberto Notti
Mendoza, Argentina

Introducción y Objetivos: La ingestión de cuerpos extraños constituye la segunda causa de indicación de endoscopia urgente en pediatría en nuestro medio. Nuestro objetivo es presentar un caso de ingesta de cuerpo extraño de 3 meses de evolución, con diagnóstico incidental y su resolución vía quirúrgica.

Paciente y Metodos: Presentamos el caso de una niña de 7 años de edad con antecedentes de bronquitis obstructiva recurrente y tos de 3 meses de evolución, que ingresa a nuestro hospital por exacerbación de la tos y fiebre de 5 días. Se realiza Rx de tórax en la cual se evidencia infiltrado neumónico en base pulmonar izquierda y cuerpo extraño radioopaco y circular a nivel de tercio superior de esófago. Se practica esofagoscopia encontrándose mucosa edematizada y con crecimiento exacerbado, sin visualización directa del cuerpo extraño. Pero se corrobora presencia mediante radioscopia.

En la broncoscopia se observa desplazamiento anteroposterior de pars flácida del tercio inferior de la tráquea. Tras imposibilidad de extracción mediante esofagoscopia se realiza cervicostomía izquierda encontrándose esofagitis y periesofagitis moderada, y se extrae moneda de 3 cm de diámetro, se deja drenaje al acecho. A los 12 días, en un estudio contrastado, se visualiza pseudodivertículo a nivel del abordaje previo. Presenta buena evolución posterior.

Revisión del Tema: Un porcentaje considerable de cuerpos extraños (alrededor de 20%) queda alojado en el esófago, con el consiguiente riesgo de aspiración, perforación o fístulas a la tráquea o aorta y sus consecuencias. Las monedas de diámetro pequeño, no suelen plantear problemás; son sin embargo aquellas de mayor tamaño las que pueden quedar impactadas en esófago, sobretudo a nivel de músculo cricofaríngeo o distal a él. Por este motivo, estos objetos deben ser

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

LESIONES ESOFÁGICAS POR INGESTIÓN DE CAÚSTICOS: EXPERIENCIA Y PROPUESTA DE MANEJO

Autores: Tagle Alegría J.*, Saitua Doren F.**

Clínica Alemana Puerto Varas* y Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna – Clínica Alemana**
Santiago, Chile

Introducción: La ingestión de cáusticos es afortunadamente poco frecuente, pero requiere de un manejo adecuado por la eventual gravedad que pueden significar las lesiones agudas y las secuelas del tubo digestivo. Nuestra experiencia, limitada por la baja de frecuencia de ocurrencia, es de 12 casos en 5 años. Esto nos ha motivado a revisar nuestros protocolos de manejo y lo publicado en la literatura médica.

Objetivo: Proponer guía terapéutica para manejo de lesiones esofágicas por ingesta de cáusticos.

Material y métodos: Revisión bibliográfica y guías locales.

Resultados: Proponemos protocolo de manejo de acuerdo a presencia o ausencia de shock. El primer grupo requiere manejo inmediato del shock y cirugía de urgencia. La endoscopia digestiva alta (EDA) cumple un papel posterior en el seguimiento de los resultados quirúrgicos y en el manejo de las complicaciones (dilatación). El segundo grupo, aunque estén asintomáticos, requiere hospitalización y EDA en las primeras 24 horas, y manejo farmacológico del dolor y vómitos si corresponde. De acuerdo a la profundidad macroscópica y extensión circunferencial de las lesiones, hemos adoptado la clasificación de Zargar. Los ejes del manejo son: alimentación enteral precoz, uso de corticoides, antibióticos e inhibidores de bomba de protones. En lesiones grado 0 y I, indicamos alimentación oral y alta hospitalaria. En lesiones II-A o mayores, instalamos sonda nasogástrica (SNG) bajo visión directa durante la EDA. Indicamos Dexametasona (1 mg/kilo/día) por 5 a 7 días en lesiones I I-A, y en lesiones mayores, 14 días con disminución desde el 10º día. Utilizamos Ampicilina y Omeprazol en lesiones II-A y mayores. Iniciamos alimentación por vía oral (lesiones grado I y II-A) o alimentación enteral continua por SNG(lesiones II-B o mayores) después de descartar lesión gástrica. De lo contrario, iniciamos alimentación parenteral o enteral por yeyunostomía desde el comienzo.

Conclusiones: las graves complicaciones de las lesiones esofágicas por ingesta de cáusticos hacen indispensable utilizar un protocolo de manejo uniforme y actualizado con el nivel de la evidencia científica disponible. La EDA precoz es una herramienta primordial para establecer un pronóstico de evolución y conductas terapéuticas en cada caso. En la medida que los distintos tópicos terapéuticos obedezcan a recomendaciones de guías homogenizadas, es posible que los resultados publicados puedan ser analizados en conjunto y así evaluar su real utilidad.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**OSTEOCONDROMATOSIS COSTAL. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO A
PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS: UNO CON HEMOTÓRAX Y UNO
ELECTIVO**

Autores: Drs. F. Espinosa R.1 J. Velarde G.2
Hospital Naval Almte. Nef 1 y Hospital Dr. Gustavo Fricke 2 de Viña del Mar
Viña del Mar, Chile

Introducción: La osteocondromatosis múltiple es una condición hereditaria que se presenta con múltiples osteocondromas en las metáfisis de los huesos largos. Estas lesiones habitualmente asintomáticas crecen en forma lenta hasta terminar la pubertad. La afección costal es poco frecuente, pero puede dar origen a complicaciones como el hemotórax.

Caso 1: paciente masculino de 14 años. Cuadro de 2 semanas con dolor en hombro y hemitórax izquierdo. Cinco días antes del ingreso, sufre traumatismo con exacerbación del dolor y tos. Examen: Palidez, abolición del murmullo pulmonar y matidez de hemitórax izquierdo. Rx: velamiento completo campo pulmonar. Toracocentesis + Pleurotomía (2.000 cc. Líquido hemático). TAC: hemotórax organizado y osteocondromas costales, espícula intratorácica en 5ª costilla. Videotoracoscopia: Aseo pleural y resección espícula. Evoluciona favorablemente. Estadía 4 días. Control 5 meses, asintomático.

Caso 2: paciente masculino 7 años. Padre y primo paterno con osteocondromatosis. Examen: tumor costal derecho. TAC: múltiples osteocondromas en toda la parrilla costal, destacando uno en 4º arco costal derecho, que proyecta espícula hacia cavidad pleural. Toracotomía mínima sobre tumoración, reseccando segmentos del 3º y 4º arcos, incluyendo osteocondromas. Se continua con video toracoscopia con resección de tumores en 8º y 9º arcos costales. Evolución satisfactoria. Estadía 3 días. Control 4 meses, asintomático.

Discusión: Los osteocondromas con espículas intratorácicas pueden provocar complicaciones, como el hemotórax; probablemente debido a traumatismos menores o por roce persistente entre la exostosis y la pleura, con ruptura de vasos pleurales dilatados. Destacamos la resolución de un caso con hemotórax mediante toracoscopia y el tratamiento profiláctico del segundo paciente con cirugía videoasistida más toracotomía mínima. En casos asintomáticos con lesiones protuyentes al espacio pleural se recomienda la resección profiláctica.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

ACALASIA ESOFÁGICA: TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO

Autores: Jorge Velarde Gaggero^{1, 3}, Patricio Varela Balbontin², Rafael Ruiz Flaño^{1, 3}, M. Alejandra Elton Torrejon^{1, 3}, Pamela Jofre Pavez³.
¹Servicio Cirugía Pediátrica, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar.
²Servicio Cirugía Pediátrica, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago.
³Universidad de Valparaíso

Introducción: La acalasia se produce debido a la falta de relajación del esfínter esofágico inferior. Su etiología no está clara y su incidencia es baja en la población general (1:100.000 habitantes), de estos, 3-4% son niños. Clínica: disfagia ilógica, regurgitación y baja de peso. Estudio: Rx. EED, endoscopia y manometría esofágica. Alternativas de tratamiento: médico (farmacológico, inyección de Botox, dilatación endoscópica neumática e hidráulica) y quirúrgico (cardiomiectomía abierta, laparoscópica o toracoscópica, adicionando o no alguna técnica antireflujo).

Reporte de Casos: Caso 1: paciente femenino de 12 años, 5 años de evolución con disfagia para sólidos, luego líquidos, vómitos, baja de peso, dolor torácico y tos. Rx. EED: estenosis del cardias y dilatación esofágica. Endoscopia: estenosis infundibiliforme, con gran dilatación preestenótica. Manometría: EEI con hiperpresión de reposo, 60 mm Hg. Relajación mínima. Aperistalsis esofágica. Cirugía: Técnica de Heller-Dor (cardiomiectomía anterior con funduplicatura anterior, 3 hrs. 30m) Control 2 meses sin complicaciones.

Caso 2: paciente masculino de 13 años, 3 años de evolución con vómitos y bronquitis. Últimamente se agrega disfagia para sólidos y luego líquidos. Rx. EED estenosis del cardias y dilatación esofágica. Manometría: EEI con hiperpresión de reposo, 47, 6 mm Hg. Aperistalsis esofágica. Cirugía: Técnica de Heller-Dor (cardiomiectomía anterior con funduplicatura anterior, 2h 30m) Control 1 mes sin complicaciones

Discusión: Destaca el retraso en el diagnóstico (5 y 3 años respectivamente), manejados ambos por cuadros respiratorios y RGE, en cuyo estudio se solicita Rx EED que resulta compatible con acalasia. Según la literatura la mejor opción terapéutica es la cirugía laparoscópica (cardiomiectomía más antireflujo). Presentamos los primeros dos casos resueltos con esta técnica, en nuestro hospital, ambos sin complicaciones quirúrgicas y con buena evolución postoperatoria (resolución de los síntomas, sin RGE actual). La recomendamos como técnica de elección para esta patología.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Esofagectomía y remplazo esofágico con colon por videolaparoscopía

Autores: Edward Esteves, Humberto Barbosa Sousa-Filho, Seiji Watanabe, Eriberto Clemente-Neto, André Luiz da Costa, José Ferreira Silva.

Disciplina de Cirugía Pediátrica, Universidad Federal de Goiás, Goiania-GO
Hospital Santa Bárbara – Goiania, Brasil

Introducción: La interposición del colon es una de las opciones quirúrgicas en niños cuando el reemplazo esofágico (RE) es necesario, especialmente cuando el estómago no es utilizable como sustituto esofágico. Cirugías abiertas convencionales con disección ciega mediastinal presenta una morbilidad razonable, lo que puede ser reducida por la videocirugía. Los autores presentan nuevas técnicas y los resultados preliminares de la primera serie de esofagectomías laparoscópicas y interposición del colon (ELIC) en niños.

Métodos: Cinco niños con edades entre 19 meses y 4 años fueron sometidos a ELIC. Las indicaciones fueron atresia esofágica complicada y esofagitis cáustica severa. Los pacientes fueron operados laparoscópicamente utilizándose 3 trócares, incluyendo el local de la gastrostomía. Esofagectomía transhiatal fué realizada, siguiéndose por piloroplastía y movilización del colon transverso, manteniendo una doble vascularización por el pedículo izquierdo. Después de las anastomosis colocolicas y cologástricas, el conducto fue ascendido por el tunel retromediastinal hasta la incisión cervical para la anastomosis con esófago.

Resultados: Operative times ranged from 3 to 4.3 hours, there were no conversions and no complications related to laparoscopy. Los tiempos operatorios variaron entre 3 y 4,3 horas, no hubo complicaciones por la laparoscopia ni problemas cardiorespiratorios. Complicaciones posteriores incluyeron atelectasia (1), neumonía (1) y estenosis cervical por la persistencia de esófago fibrótico, requiriendo resección y re-anastomosis cervical. Un otro paciente con disfagia necesitó 4 dilataciones cervicales endoscópicas. Tras un período de seguimiento de 6-25 meses, todos los pacientes se encuentran asintomáticos, ganando peso y comiendo bien.

Conclusiones: Estos datos preliminares sugieren que la ELIC es factible e puede ser seguramente realizada con muy poca morbilidad in niños. Otros estudios con series y seguimiento más largos son esperados.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Traped lung , Desafío terapéutico en cirugía pediátrica

Autores: Drs: Muñoz O, Valenzuela M, Díaz A, Valdivieso JP
Cirugía Pediátrica, Hospital Roberto del Río (HRR)
Santiago, Chile

Introducción: El síndrome atrapamiento pulmonar (SAP) es infrecuente en la población pediátrica. Habitualmente es resultado de un empiema crónico y no existe consenso respecto al tratamiento de elección y el manejo de sus complicaciones. Se reporta el caso de un paciente con SAP secundario a un quiste hidatídico pulmonar complicado, quien requirió varias intervenciones y evoluciono con fistula bronco pleural (FBP) de difícil resolución.

Caso Clínico: Paciente sexo masculino de 13 años procedente de zona rural. Consulta en hospital regional por quiste hidatídico complicado. Se opera encontrándose quiste roto en lóbulo inferior derecho. Se realiza quistectomía y capitonaje logrando expansión pulmonar. Evoluciono con FBP. Se decide tratamiento quirúrgico realizando cierre de fistula y decorticacion parcial. Desarrolla derrame pleural y persiste con FBP por lo que se deriva a HRR. Al ingreso destaca paciente asintomático con PCR 15mg/dl, Leucocitos 10.800, Eosinofilos 24%. Se completa estudio con TAC tórax que muestra engrosamiento pleural visceral de 5 mm con SAP y neumotórax asociado. Se decide decorticación para rescate pulmonar, más cierre de fistula. Evoluciono con fistula alveolo-pleural que se maneja con drenaje pleural a trampa, disminuyendo flujo progresivamente, pero se hace persistente. Se instala válvula de Heimlich para manejo ambulatorio, y por persistencia del cuadro se realiza fibrobroncos copia que descarta fistula. Se decide sello con Veriplast® y retiro de drenaje logrando resolución de la fistula a los 75 días. Actualmente en control asintomático con expansión pulmonar total.

Conclusión: Hidatidosis pulmonar es la patología quirúrgica parasitaria más frecuente. En 40-50% de las veces hay compromiso pulmonar y en < 3% se desarrolla SAP. El tratamiento permanece aun controversial y continua siendo un desafío en cirugía pediátrica.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

RABDOMIOSARCOMA PRIMARIO PULMONAR. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Autores: Linacre V., Santos M., Fica M., Benveniste S.
Hospital Exequiel González Cortés. Instituto Nacional del Tórax
Santiago, Chile

Caso clínico: Paciente de sexo femenino, sin antecedentes mórbidos. Consulta a los 11 meses de vida por tos, disnea y fiebre de reciente inicio. Evoluciona con insuficiencia respiratoria aguda que es manejada con ventilación mecánica invasiva y antibióticos. La radiografía de tórax de ingreso muestra ocupación sólida de los dos tercios superiores del pulmón izquierdo. TAC de tórax confirma un tumor pulmonar vascularizado que ocupa el hemitórax izquierdo, con áreas de necrosis. La biopsia pulmonar informa Rbdomiosarcoma (RMS) embrionario pulmonar, confirmado con inmunohistoquímica. Estudio de extensión con TAC de abdomen y Pelvis normal. Cintigrama óseo muestra aumento de captación en parrilla costal izquierda, mielograma normal; con estos antecedentes se plantea el diagnóstico de RMS Embrionario Pulmonar Etapa IV, se inicia quimioterapia de inducción (protocolo PINDA RMS Régimen 49), evoluciona favorablemente con reducción tumoral parcial a la semana 26, por lo que se decide resección. Se realizó toracotomía izquierda con lobectomía superior, lográndose resección completa, sin incidentes, con buena evolución postoperatoria. La biopsia informó lóbulo superior con zona de necrosis encapsulada sin compromiso tumoral de la cápsula, márgenes libres de tumor. La paciente completó las 49 semanas de quimioterapia del protocolo y ha seguido en control con imágenes durante 18 meses postoperatorios sin evidencia de recidiva tumoral local ni a distancia.

Discusión: Los tumores pulmonares son infrecuentes en pediatría. El 95% de los tumores malignos son metastásicos, siendo los primarios pulmonares extremadamente raros. La presentación clínica va a depender del tipo de tumor, tamaño, malignidad, localización y edad del paciente. Habitualmente, el diagnóstico es tardío por sospecha de otra etiología (cuerpos extraños, infecciones y enfermedad de la vía aérea). El RMS es un tumor maligno de tejido blando, derivado del mesénquima embrionario. Los sitios más comúnmente afectados son cabeza y cuello, genitourinario y extremidades, muy infrecuentemente pulmonar (0, 5%), con pocos casos descritos en la literatura. El pronóstico depende de la edad, etapificación, reseabilidad, grado e histopatología. El tratamiento es combinado e incluye cirugía, quimioterapia y eventualmente radioterapia.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Hernia diafragmática congénita de presentación tardía corregida por videotoroscopía. Presentación de un caso

Autores: Drs. Ninamango Díaz Luis E; Gonzalez Arnaldo; Duarte Gustavo; Henain Susana; Carauni Daniel
Hospital Pediátrico Juan Pablo II
Corrientes – Argentina

Introducción: La hernia diafragmática congénita (HDC) es un defecto que se produce entre la 8 – 10 semana por cierre anómalo de los canales pluperitoneales portero lateral (hernia de bochdalek). La prevalencia es de 1 cada 2000-5000 recién nacidos vivos de los cuales el 80 % presenta sintomatología en el período neonatal, el 10 % lo hace fuera de este período, los síntomas digestivos son frecuentes y los asintomáticos son hallazgo incidental. Las vías abordaje quirúrgicas pueden ser convencional, videolaparoscópica o videotoroscopia.

Objetivo: Describir un caso con resolución video toracoscópica. Caso clínico: Paciente de 15 años de edad con antecedentes de prematuros, asintomático hasta los 10 años, luego presentó ortopnea, disnea, cansancio, dolor puntado de costado, plenitud gástrica, dispepsia leve, de forma intermitente, por lo que consulta. Rx de tórax simple, seriada y tomografía computarizada, que evidencia contenido intestinal intratorácico izquierdo. Es derivada a nuestro servicio con diagnóstico de HDC, para corrección quirúrgica. Se realiza videotoroscopia evidenciando se HDC sin saco de 5 cm. aproximadamente, conteniendo asas intestinales, colon, apéndice cecal, epiplón mayor sin bazo. Reducción, Plástica del defecto y refuerzo con malla de PTFE. Tubo de drenaje pleural que se retira al 5 día. Buena evolución post operatoria, Rx de tórax control mejorado y sin sintomatología.

Revisión del tema: Las HDC de presentación tardía, tienen buen pronóstico ya que no presentan hipoplasia pulmonar ni hipertensión pulmonar como los neonatos. Como toda hernia la complicación más frecuente es la estrangulación del contenido. Se asocia a malformación concomitante, la más frecuente es la mal rotación intestinal. La vía transtorácica se utiliza frecuentemente para reparar el defecto, ya que presentan mejor exposición del orificio, menos adherencia que la vía abdominal y facilita la reducción del contenido al abdomen. La toroscopia como cirugía mínima con los beneficios de esta por tener menor dolor postoperatorio, recuperación precoz y mejores resultados estéticos

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y MANEJO QUIRÚRGICO DE DISFONÍA
CRÓNICA EN NIÑOS**

Autores: Bravo Cordero G, Olavarría Leiva C, Valdés C, Carrasco Durán M.
Hospital Clínico Universidad de Chile
Servicio de Otorrinolaringología
Santiago, Chile

Introducción: Los nódulos vocales corresponden a la causa más frecuente de disfonía crónica en el niño. La mayoría remite con reposo vocal asociado a manejo fonoaudiológico. La laringe debe ser investigada previamente a la elaboración del plan terapéutico. El especialista otorrinolaringólogo llega al diagnóstico o sospecha de éste, a través de la nasofibroscoopia, telelaringoscopia o la estroboscopia laríngea

Objetivo: Describir la experiencia de la unidad de voz en el diagnóstico diferencial de disfonía crónica en población pediátrica desde enero 2004 a junio 2009.

Paciente y métodos: Se incluye al grupo de niños con disfonía crónica que no responden a tratamiento médico y además no tienen etiología precisada, se evaluó con nasofibroscoopia o telelaringoscopia con estroboscopia y se realizó laringoscopia directa diagnóstica que en algunos casos fue terapéutica. Todos los pacientes fueron filmados.

Resultados: Se analizó un total de doce pacientes entre 4 y 14 años con un promedio de edad de 7 años. Predominó del sexo masculino 3:1. Se evaluó a (8) niños con nasofibroscoopia y (4) con telelaringoscopia. Los diagnósticos finales fueron (4) sulcus III, (3) quistes submucosos bilaterales, (2) sulcus II, (1) nódulo de cuerda vocal, (1) nódulo con microsinequia anterior y (1) pseudoquiste con lesión de contragolpe.

Conclusiones: El diagnóstico de disfonía crónica en niños es difícil y complejo. Las herramientas diagnósticas disponibles preoperatorias entregan una imagen poco clara de las cuerdas vocales. La videoestroboscopia con fibra óptica es menos sensible que con telelaringoscopia.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

MEDIASTINITIS NECROTIZANTE DESCENDENTE: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Autores: Romero, Soledad; Henain, Susana; Ninamango, Luis; Gonzáles, A; Duarte, G
Hospital Pediátrico Juan Pablo II
Corrientes, Argentina

Introducción: La mediastinitis necrosante descendente (MND) es una complicación de infecciones cervicales y odontológicas, produce celulitis, necrosis y abscesos, que se extienden hacia el mediastino a través de los espacios anatómicos cervicales. La MND es una infección grave, poco frecuente, con alta letalidad, cercana al 50%. Frecuentemente infecciones polimicrobianas aeróbicas y anaeróbicas. Los criterios diagnósticos de la MND, (Estrera y col.) son: a) Manifestación clínica de infección grave. b) Demostración radiológica de lesión cérvico-mediastínica. c) Demostración de lesión mediastínica necrosante en el acto quirúrgico, en el examen posmortem o en ambos. d) Relación definida entre el proceso de infección orofaríngeo o cervical con la evolución de la mediastinitis necrosante.

Caso: Niña de 1 año de edad, sin antecedentes perinatológicos de importancia, Derivada por síndrome febril de 4 semanas tratada como neumonía redonda, cumple ATB, persiste febril con leucocitosis y eritrosedimentación alta. Ingresa con dificultad respiratoria, febril, séptica. Rx Tórax al ingreso: TUMOR DE MEDISTINO POSTERIOR. TAC de tórax y cuello: tumoración que se extiende desde el espacio retrofaríngeo, hasta el mediastino posterior por debajo de la 4° Dorsal, atelectasia los vértices de ambos pulmones. Se asume como MEDISTINITIS DESCENDENTE NECROTIZANTE. Se decide DRENAJE MEDIANTE VIDEOTORACOSCOPIA DERECHA, permanece con 2 drenajes: un tubo en el absceso medistínico y un tubo pleural derecho. Pop inmediato en sala de cuidados intermedios, no requirió ARM.11 POP se retira tubos de avenamiento. Buena evolución, cumplió ATB. Alta.

Revisión: La MND es potencialmente mortal, las vías de abordaje quirúrgico, como drenaje transcervical, mediastínico o torácico siguen siendo controvertidas, pero debe ser agresivo y temprano. Ante la mala evolución de infecciones del piso de la boca o el cuello, pensar en la posible propagación hacia el mediastino, tener en cuenta los criterios diagnósticos. La TAC de cuello y tórax es el método de elección para el diagnóstico y el seguimiento. El diagnóstico tardío y el inapropiado drenaje son las principales causas de la alta mortalidad en esta afección.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TIMECTOMÍA TORACOSCÓPICA. NUESTRA EXPERIENCIA

Autores: Ninamango Díaz, L.E; Braverman, R.I; Romer, S.M ; Henain, S.B; Vivas, H
Hospital Pediátrico, "JuanPablo II", Corrientes Cap, Hospital Pediátrico, "Lorenzo A. Castelan"
Resistencia Chaco, Argentina

Resúmen: La Timectomía es el procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la patología tímica, ya sea tumoral, autoinmune o ambas en la edad pediátrica, y en los últimos años, la tendencia como en otras patologías, es la vía endoscópica como opción a la vía convencional. Presentamos nuestra experiencia en 2 timectomías toracoscópicas realizadas en: una niña de 12 años con un timoma y una niña de 12 años con Miastenia Gravis que aun con tratamiento médico adecuado presentaba crisis miasténicas, por lo cual se indicó la timectomía. Se realizaron las intervenciones bajo anestesia general sin intubación selectiva, se abordó el mediastino anterior por toracoscopia derecha, con 3 trócares. En el caso del Timoma se utilizó como método de disección y hemostasia hook con corriente monopolar, y en el caso de la miastenia gravis, se utilizó sellador vascular. Fue posible la exéresis completa de la glándula tímica, en el caso del paciente con el timoma asistida por una minicervicotomía por donde se exteriorizó, y en el caso de la paciente con miastenia gravis, se exteriorizó la glándula por uno de los ports incluida en bolsa. No se registraron complicaciones, ni necesidad de conversión. En ambos casos se dejó tubo de avenamiento pleural que se retiró a las 48 horas de la intubación. Luego de 1 año y 7 meses, la niña con diagnóstico de Timoma tipo 2B se encuentra libre de enfermedad, y la niña con Miastenia Gravis, mejoró sus síntomas musculares progresivamente, encontrándose actualmente luego de 7 meses de seguimiento asintomática. En ambos casos obtuvimos las ventajas citadas por la bibliografía con la utilización de la vía toracoscópica para el tratamiento quirúrgico de la patología tímica.

Palabras Claves: Timoma- Timectoma Videotoracoscopica

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**PATOLOGÍA DIAFRAGMÁTICA DIAGNOSTICADA EN URGENCIA.
EXPERIENCIA EN 2 CASOS CLÍNICOS RECIENTES**

Autores: Drs. Santos Marcela, Villegas Sebastián
Hospital Exequiel González Cortés – Servicio de Cirugía
Santiago, Chile

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia en el diagnóstico y manejo de 2 pacientes ingresados este año al Servicio de Urgencia del hospital Exequiel González Cortés con cuadros agudos secundario a patología del diafragma, en un caso de origen congénito y en el otro traumático.

Resultados: Paciente de 2 años que ingresa a Urgencia con cuadro de compromiso del estado general súbito, con hiperémesis y compromiso hemodinámico. Rx de ingreso muestra presencia de burbuja hidroaerea en hemitórax izquierdo, planteándose como 1º diagnóstico un vólvulo gástrico. En la cirugía se constata presencia de hernia diafragmática Bochdaleck izquierda con atascamiento gástrico sin compromiso isquémico de este. Se realiza la frenoplastía, con evolución posterior satisfactoria. 2º paciente de 13 años que ingresa con dg politraumatismo 2º a atropello en vía pública con fractura expuesta de pierna y observación de fractura de hombro. Paciente con importante dolor torácico izquierdo, sin compromiso hemodinámico. Rx tórax muestra ocupación en 1/3 inferior hemitórax izquierdo, planteándose como diagnóstico rotura diafragmática izquierda. Se realiza cirugía comprobando el diagnóstico realizando frenoplastía y verificando ausencia de otras lesiones.

Conclusiones: Las lesiones diafragmáticas pueden presentarse en la consulta de urgencia y deben tenerse en cuenta dentro de las posibilidades diagnósticas tanto en situaciones traumáticas como de otro tipo.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

ABORDAJE TORACOSCÓPICO DE NEUROFIBROMÁS DE MEDIASTINO POSTERIOR. NUESTRA EXPERIENCIA A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS RECIENTES

Autores: Drs. Santos Marcela, Guelfand Miguel, Torres Viviana
Servicio de Cirugía – Hospital Exequiel González Cortés
Santiago, Chile

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia en el abordaje mínimamente invasivo para realizar el diagnóstico y tratamiento de esta patología.

Material y método: Análisis de ficha de 3 pacientes sometidos a esta técnica quirúrgica.

Resultados: Todos los pacientes fueron diagnosticados en forma incidental al realizar una Rx tórax que muestra la presencia de una masa torácica en mediastino. En todos se realizaron TAC y RNM para confirmación diagnóstica. Dos pacientes tenía presencia de gran masa toracoabdominal a ambos lados de la columna y el segundo paciente tenía una masa única paravertebral derecha. En dos pacientes se realizó en forma inicial una biopsia por videotoracoscopia que confirmó el diagnóstico. En estos paciente se realiza en uno una resección por toracotomía izquierda de la masa de ese lado y en un 2º tiempo resección por videotoracoscopia de la masa derecha. El otro paciente se aborda por laparotomía abriendo diafragma para lograr resección completa de la masa. En el paciente con masa única, se realizó una resección completa por videotoracoscopia. Las biopsias e inmunohistoquímica confirma el diagnóstico. Los tres pacientes tuvieron una evolución posterior favorable y hasta la fecha sin evidencia de recidiva de los tumores.

Conclusión: La cirugía mínimamente invasiva es una técnica útil en el diagnóstico y eventual tratamiento de este tipo de tumor benigno. Requiere de un buen entrenamiento laparoscópico previo para poder realizar la extirpación de este tipo de tumor.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

USO DE ACCESOS VASCULARES NO CONVENCIONALES EN NIÑOS CON SÍNDROME DE INTESTINO CORTO

Autores: Liberto DH, Vagni RL, Toselli L, Elmo GR, Lobos PA
Hospital Italiano de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Introducción: Los pacientes que presentan síndrome de intestino corto (SIC) con insuficiencia intestinal dependen de nutrición parenteral (NPT) para su subsistencia. La pérdida de accesos vasculares condiciona la sobrevida, siendo en muchos casos la causa de indicación de trasplante intestinal o de suspensión del tratamiento.

Método: Se presenta un paciente de 14 meses con SIC 2º a gastrosquisis y resección intestinal masiva, dependiente de NPT, que fue derivado con trombosis de vena cava superior, yugulares, subclavias, femorales e ilíacas de ambos lados. Se realizó Angio TCMD de 64 pistas identificando como vasos permeables: vena ácigos mayor, renales, gonadal izquierda, cava inferior (suprarrenal), y suprahepáticas. El paciente presentaba edema en esclavina con ensanchamiento mediastinal.

Resultados: Durante los últimos 15 meses, el paciente ha recibido los siguientes accesos vasculares centrales no convencionales: 2 vías en la vena suprahepática derecha y 1 vía en la vena suprahepática media, colocadas en forma percutánea bajo guía ecográfica y control angiográfico; 1 vía en la vena ácigos mayor, colocada quirúrgicamente en forma percutánea con videotoracoscopia. Se colocaron catéteres doble lumen tipo Hickmann (Bard®), y los procedimientos se realizaron en sala de Angiografía Digital. El tiempo de permanencia fue de 5,21 y 15 días para la vía suprahepática, y de 9, 4 meses para la vía ácigos.

Discusión: En situaciones extremas, la utilización de accesos venosos centrales no convencionales puede salvar la vida del paciente. La vía suprahepática tiene una durabilidad limitada, y sólo debería ser utilizada en forma transitoria ya que puede condicionar complicaciones en el flujo hepático. La vía ácigos puede ser una alternativa de larga duración, aunque implica un procedimiento más invasivo para su colocación. Una adecuada prevención de las canalizaciones y trombosis venosas, y una derivación precoz de los pacientes, permitirían minimizar la necesidad de estos complejos procedimientos.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

LESIÓN GRAVE DE VÍA AEREA SUPERIOR POR ATAQUE CANINO

Autores: Ninamango, L.E; Braverman, R.I; Romero, S.M; Henain, S.B
Hospital Pediátrico "Juan Pablo II"
Corrientes, Argentina

Resúmen: El perro comparte el hábitat del hombre desde hace más de 12.000 años, y sigue siendo la mascota más popular. La convivencia, habitualmente beneficiosa para ambos, tiene su lado negativo en las zoonosis y las lesiones producidas por perros, principalmente mordeduras. Estas últimas constituyen un importante problema de salud, por los costos que implican a las comunidades, y por las secuelas físicas y emocionales que ocasionan en las víctimas. Muchos son los estudios que reportan casos y analizan estadísticas sobre el tema, arrojando datos y conclusiones diferentes muchas veces, lo que si parece estar claro es que los niños son las víctimas más vulnerables y muchas veces sufren heridas múltiples por lo cual se debe prestar atención a todas ellas, sus características, ubicación y tratarlas con la urgencia que se merecen. El caso que reportamos en ésta oportunidad, de los cientos que atendemos por año en nuestro nosocomio, es el de un niño de 2 años que sufrió el ataque de un canino de más de 30 kg (factor de riesgo para heridas graves) que le produjo múltiples heridas en cabeza, tronco y miembros y una herida en cuello que a simple vista parecía una más pero la ubicación y la dificultad respiratoria moderada que acompañaba el cuadro alertaron a la intubación orotraqueal por sospechs de lesión de vía aerea superior que luego se corroboró el quirofano, donde se procedio a la sutura de todas las heridas incluyendo una que afectaba la cara anterior de la traquea en el tercio medio del cuello que se suturó con puntos separados de material irreabsorbible. El paciente permaneció intubado 48 horas, se extubó luego sin inconvenientes y evolucionó en forma favorable, sendo dado de alta al cuarto día. Reportamos de ésta manera un caso más de ataque canino a niños produciendole heridas múltiples y potencialmente fatales.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA.
REPORTE DE UN CASO**

Autores: Dingevan, R., Bortagaray, J., Curci, V., Perea, C.
Hospital Nacional "Profesor Alejandro Posadas"
Capital Federal, Argentina

Introducción: El hiperparatiroidismo primario es una condición rara en la población pediátrica. Se debe a la producción excesiva de hormona paratiroidea por alguna anomalía glandular, generalmente un adenoma.

Descripción de caso clínico: Relatamos el caso de un paciente de 8 años que presentó en su debut un cuadro de pancreatitis aguda hipercalcémica debido a un adenoma paratiroideo superior izquierdo. Debido a su difícil manejo clínico, con persistencia de signosíntomatología de pancreatitis y alteraciones del medio interno derivadas del hiperparatiroidismo, fue estudiado y se programó su intervención quirúrgica realizándose paratiroidectomía superior izquierda. Tras la intervención, el cuadro clínico mejoró rápidamente.

Revisión del tema: Los adenomas paratiroideos son raros en la población pediátrica. Los pacientes con hiperparatiroidismo primario mejoran sus manifestaciones clínicas y sus alteraciones del medio interno tras la exéresis quirúrgica de la glándula afectada. Ésta puede realizarse en forma segura y sin complicaciones. En la población pediátrica la localización anatómica de la glándula que presenta el adenoma es muy importante.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

¿QUÉ UTILIDAD TIENEN LOS RADIOISÓTOPOS EN LA CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA?; NUESTRA SERIE

Autores: Javier Lerena, Margarita Vancells, Rosalía Carrasco, Bernardo García Nuñez, JM Ribo
Hospital Sant Joan de Deu
Barcelona, España

Introducción: La Cirugía Radiodirigida ha evolucionado significativamente en los últimos años, con la introducción sobre todo del ganglio centinela para tratar el melanoma, el carcinoma mamario y otros tumores sólidos. Exponemos en éste trabajo la experiencia de nuestra institución pediátrica.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, revisión de casos cénicos en los que se utilizó sonda gammadetectora intraoperatoria, previa administración del radiotrazador. Diagnóstico anatomopatológico de cada una de las muestras.

Resultados: Se estudiaron 5 pacientes, edades comprendidas entre 1 y 15 años, 1 niño y 4 niñas. Afectos de diferentes patologías: Neuroblastoma (1), Paraganglioma (1), Melanoma facial (1), MEN IIa (1) , MEN IIb(1)

Conclusiones: Es una técnica que acorta el tiempo quirúrgico y nos permite localizar con exactitud el tejido tumoral por pequeño que sea, lo que puede repercutir en una mayor supervivencia o incluso la curación del paciente. En tumores de localización profunda, el empleo de sondas laparoscópicas comienza ahora a desarrollarse. La introducción de sistemas con imagen (mini-gamma-cámaras), cuyas ventajas con respecto a la sonda están siendo ahora evaluadas. Tanto el tratamiento como el seguimiento de éstos pacientes debe ser multidisciplinario.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

CATÉTERES TESIO EN PACIENTES DE MENOS DE 15 KG, UNA UTILIDAD TÉCNICA

Autores: Molina JA, Carranza MV
Hospital de Niños de La Plata
Argentina

Los catéteres para hemodiálisis forman parte del grupo de los no implantables, lo cual presenta la desventaja del corto tiempo de vida útil. En los últimos años fue presentado un material semiimplantable de 2 lúmenes gemelos independientes.

Estos presentan el beneficio de tener mayor vida útil y la posibilidad, en caso de obstrucción o infección, de la realización de tratamiento correspondiente por separado. La limitación en la población pediátrica es la técnica de colocación, que requiere de dos punciones venosas y la introducción con peel away por 2 sitios diferentes. Este procedimiento en pacientes por debajo de los 20 Kg. de peso fue considerado de muy alto riesgo. Con el fin de superar esta dificultad se modificó la técnica para el ingreso inicial al espacio vascular. Para lo cual se utilizó una sola punción para ingresar las dos guías de alambre con un catéter no implantable (arrow™) 7 fr de 2 lumen. Se realiza la punción venosa, se inserta una guía de alambre de manera habitual. Sobre esta, se introduce el catéter arrow™ al que previamente se le coloca el segundo alambre a través del pabellón del lumen proximal, hasta 1 mm. antes del orificio de salida. Una vez en posición adecuada, se retira el catéter, quedando ambas guías de alambre para continuar el procedimiento de inserción de cada catéter Tesio™ según la técnica habitual. Todo el procedimiento es realizado con control fluoroscópico en tiempo real. En los últimos 8 meses efectuamos tres procedimientos con esta modificación técnica sin complicaciones. Uno de los pacientes presentó obstrucción de una luz que fue reemplazada sin dificultad. Otro de los pacientes volvió a su país de origen (Bolivia) por lo cual se perdió contacto con él. Y al tercer paciente se le retiraron los catéteres luego de completado su tratamiento.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

SCORE PREOPERATORIO DE RIESGO DE PATOLOGÍA DE LA COAGULACIÓN, EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INDICACIÓN DE ADENOAMIGDALECTOMÍA

Autores: Beltrán MC, García RJ, Zuñiga P, Aranís C, Padilla O
Departamentos de Otorrinolaringología, de Hematología, de Salud Pública, Escuela de Medicina; Pontificia Universidad Católica de Chile
Santiago, Chile

Introducción: 2 a 5% de los pacientes sometidos a adenoamigdalectomía presentan sangrado intra o post operatorio de distinta magnitud, que puede deberse a trastornos leves de la coagulación primaria, como la enfermedad de Von Willebrand (EvW) y la disfunción plaquetaria (DP). La anamnesis es uno de los pilares diagnósticos, por lo que hemos elaborado un score de síntomas de hemorragia mucocutánea asociado a la consulta de antecedentes familiares, con el fin de detectar pacientes en riesgo de padecer patología de la coagulación, los cuales requerirían de una evaluación preoperatoria más exhaustiva.

Objetivo: Evaluar la efectividad del score para la detección de pacientes en riesgo de padecer patología de la coagulación, en pacientes que serán sometidos a adenoamigdalectomía.

Métodos: Con los datos obtenidos en un estudio previo en 500 pacientes de nuestra unidad, se efectuó una regresión logística para construir un score de riesgo de sangrado quirúrgico, el cual fue aplicado a 120 pacientes que serían sometidos a adenoamigdalectomía durante los años 2006-2007. Paralelamente y en forma ciega, a todos se les efectuaron exámenes habituales (EX) como hemograma, TP, TTPA, tiempo de sangría, más estudio específico para (EvW) y (DP). Se calculó sensibilidad (S) y especificidad (E) de todos los elementos, para seleccionar la población de riesgo de ser portador dichas coagulopatías.

Resultados: El score obtuvo una (S):45% y (E):52%, los (EX) (S):65% y (E):40% y los antecedentes familiares (S):62% y (E):38%. La máxima (S): 90% (IC: 79%-99%) y (E): 13% (IC: 3%-22%) se logra combinando la aplicación del score, más la consulta de antecedentes familiares más los (EX). Se manejó a los pacientes con trastorno de coagulación según esquema establecido con ácido tranexámico más DDAVP, sin episodios de sangrado intra ni post quirúrgico.

Conclusiones: Actualmente la evaluación preoperatoria se basa en (EX) y/o en la anamnesis, los cuales poseen una baja (S) para la detección de pacientes en riesgo de padecer trastornos de coagulación. Sin embargo, al aplicar el score, se incrementa la sensibilidad en un 25%, quedando ésta en un 90%, lo cual favorece la detección de pacientes que deben ser evaluados y manejados previamente por hematología.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**EXCISIONES COSTALES POR TORACOSCOPIA EN PACIENTES CON
PECTUS CARINATUM ASIMÉTRICO**

Autores: Drs. Varela Balbontín P., Ibáñez Messina C.G.
Servicio de Cirugía, Hospital Luis Calvo Mackenna. Universidad de Chile
Santiago, Chile

Introducción: El Pectus Carinatum es la segunda malformación más frecuente de la pared torácica.

Objetivo: Reportar nuestra experiencia inicial, utilizando una técnica mínimamente invasiva por videotoracoscopia para la resección de cartílagos costales, descrita en el año 2009 por Sunghoon.

Método: Dos pacientes de sexo masculino, de 14 años, con pectus carinatum asimétrico unilateral fueron operados realizándose una resección completa de los cartílagos costales afectados, a través de un abordaje toracoscópico exclusivo.

Los pacientes son colocados en posición decúbito lateral. Se utilizó una óptica de 5 milímetros 30° y gubias anguladas toracoscópicas. Los cartílagos hipertróficos malformados fueron resecados preservando el pericondrio anterior. Drenaje pleural en ambos pacientes por 3 días.

Resultados: Los procedimientos fueron realizados con éxito, sin complicaciones intraoperatorias. El tiempo quirúrgico promedio fue de 120 minutos. Alta al 4° día post operatorio.

Conclusiones: Este reporte es una experiencia inicial con un procedimiento que ha sido propuesto recientemente en el año 2009 por Sunghoon y que constituye una novedosa alternativa quirúrgica mínimamente invasiva para pacientes portadores de pectus carinatum unilateral.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**TRATAMIENTO DEL PECTUS EXCAVATUM TRAS EDAD 20 AÑOS POR
TÉCNICA DE NUSS MODIFICADA**

Autores: Edward Esteves, Kelly Cristina Castro Paiva, Marcelo Calcagno Silva, Humberto Barbosa Souza-Filho, Roneyara Rosa Valamiel, Célio Carneiro Chagas
Disciplina de Cirugía Pediátrica, Universidad Federal de Goiás, Goiania-GO
Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Joao Penido – Juiz de Fora – MG, Brasil

Introducción: El período ideal para se operar el pectus excavatum por videotoracoscopia, utilizándose la técnica de Nuss, está entre 13 y 18 años, cuando aún hay buena elasticidad y flexibilidad de la pared esterno-condral. Las grandes casuísticas de Nuss et al muestran que pacientes más viejos suelen tener más dificultad a la eversión del esterno y más dolor en el posoperatorio, todavía no hay estudios específicos analizando este grupo de pacientes, que sigue a procurarnos para tratamiento quirúrgico.

Objetivo: Los autores estudian prospectivamente los casos de pectus excavatum tratados a partir de los 20 años de edad, analizando aspectos clínicos, cambio de la barra, nuevos detalles técnicos y resultados preliminares.

Pacientes y método: En el período de mayo/2003 hasta mayo/2009, 17 pacientes portadores de pectus excavatum (Grupo 1) fueron operados con edades de 20-27 años (promedio $22,6 \pm 1,5$), 11 varones, 6 mujeres. Síndromas asociadas incluyeron Marfan (2) y Ehlers-Danlos (1). Siete del tipo "vaso" y 10 del tipo "plato". 12 simétricos, 5 asimétricos. El preparo preoperatorio en el grupo 1 incluyó ejercicios de hiper-respiraciones, flexiones pectoralis. Todos fueron operados con anestesia general y mantenidos con bloqueo peridural continuo por 3 días. Fue utilizada técnica de Nuss modificada: en mitad de los casos con el toracoscopio en la axila. La barra recibió modelaje hiperconvexa y era fijada con un estabilizador a la derecha. Algunos casos de gradil costal avanzado recibieron compresión externa después de los 6 meses. Dos con escoliosis moderada asociaron colete espinal. Los datos de tiempo quirúrgico y evolución postoperatoria fueron comparados con un grupo de 13 adolescentes operados antes de los 20 años (Grupo 2) en el mismo período.

Resultados: Todas las operaciones lograron ser realizadas en el grupo 1 a pesar de la más grande rigidez de la pared torácica anterior, aplicándose nuevos artificios técnicos debido a la gran tendencia a la rectificación de la barra durante su aplicación. Notamos que sería ideal que las barras fueran más espesas para estos pacientes. Hubo mayor incidencia de dolor requiriendo uso de analgésicos más potentes, todavía con la misma evolución a promedio prazo comparado con el grupo 2. No hubo diferencia en los tiempos operatorios, complicaciones (ninguna en ambos grupos) o tiempo de internación. Los pacientes más viejos tuvieron más entusiasmo para la operación, sintieron dolor pero se quejaron menos que los jóvenes. Tres pacientes del grupo 1 ya tuvieron sus barras removidas tras 2, 2.8 y 3 años, y no hubo ninguna tendencia a recidiva del escavado a lo menos después de 6-12 meses de seguimiento, comparado a 1 paciente sin la barra en el grupo 2, que muestra leve tendencia a escavación esternal, aún en seguimiento (estadísticamente no significativa). Uno del grupo 1 no quiere remover la barra.

Conclusión: Pacientes con pectus excavatum pueden ser operados durante la tercera década por la técnica de Nuss, facilitada por el preparo torácico preoperatorio, mejor modelaje de la barra y uso de nuevos analgésicos potentes, con resultados tardíos similares a los pacientes más jóvenes. Nuevos tipos de barras deben ser confeccionados en el futuro para pacientes con más de 20 años.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Linfangioma Abdominal Complicado : Reporte de un caso

Autores: Drs. Díaz A., Ibáñez R., Valenzuela M., Garrido M.
Servicio Cirugía Hospital de Niños Roberto del Río
Santiago, Chile

Introducción: Los Linfangiomas abdominales, son una rara malformación congénita de los vasos linfáticos, se encuentran predominantemente en la infancia y en el sexo masculino.

Descripción: Paciente de 3 años, sexo femenino, con antecedentes de Linfagioma abdominal diagnosticado a los 9 meses, por hallazgo incidental ecográfico complementario a estudio de Pielonefritis aguda. Evoluciona sin complicaciones, con controles ecográficos seriados, posponiéndose resolución quirúrgica por decisión de sus padres. Consulta en servicio de Urgencia Hospital Roberto del Río el día 02-05-2009 por cuadro caracterizado por dolor abdominal de 3 días de evolución en fosa iliaca derecha, intermitente. Aumento del perímetro abdominal y disnea de esfuerzo en la última semana. FC 157, Presión arterial 115/61mmHg, Saturación 94%. Piel y mucosas pálidas, examen cardiopulmonar normal, Abdomen: globuloso, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha y zona periumbilical. Dentro de los exámenes complementarios destaca: Hematocrito 13%, Hemoglobina 3,5 mg/dl, Protrombina 86%. Tomografía abdominal y angiografía compatible con masa tumoral abdominal de 23x16 cm con contenido anecoico. Se decide Laparotomía exploradora 04-05-2009, previa estabilización de paciente. Como hallazgo intraoperatorio se encuentra Linfangioma gigante dependiente de Epiplón mayor, con desplazamiento de asas intestinales a derecha, contenido hemorrágico antiguo de aproximadamente 3 litros. Se realiza linfangectomía total. En el post operatorio se completa corrección de anemia, se realimenta precozmente, sin complicaciones. Alta al 5to día de hospitalización. Control ambulatorio por especialidad a los 7 días.

Conclusiones: En este caso destaca la ubicación infrecuente de esta malformación vascular. El manejo y la resolución quirúrgica determinaron una rápida recuperación, con una estadía hospitalaria corta.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Enfermedad varicosa vulvar : un caso raro de presentación en pediatría

Autores: Becar H; Reyes D; Pinilla C; Rodríguez J; Ossandón F.

Unidad de Urología. Hospital Luis Calvo Mackenna.

Santiago, Chile

Introducción: La enfermedad varicosa vulvar es rara en las mujeres y más aún en las niñas. La causa es la insuficiencia venosa de las venas pelvianas. El cuadro clínico es discomfort y aumento de volumen azulado y blando en posición de pie y con Valsalva. La forma de estudio es la ecografía y la flebografía. El tratamiento va desde de la acupuntura, la escleroterapia a la ligadura de la vena ovárica.

Descripción del Caso: Descripción del caso de una niña de 11 años, que presenta aumento de volumen vulvar izquierdo de 7 meses de evolución, el diagnóstico de enfermedad varicosa vulvar se confirmó con Ecografía doppler. Se efectuó ligadura de vena ovárica izquierda vía abierta, con muy buen resultado a mediano plazo, ya que a los 6 meses desapareció la varicosidad vulvar y toda la sintomatología.

Revisión del Tema: En el adulto existen varias formas atípicas de enfermedad varicosa de la venas pélvicas, suprapúbicas (30,5%), vulvar (20,3%) como en este caso, perineal (25,5%) y glútea (23,7%), en niños está escasamente descrito. El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras patologías como hemangioma, linfangioma , hernia inguinal, lipoblastoma y otros. Dentro de los tratamientos está la acupuntura como alivio del dolor y la escleroterapia que presenta resultados muy satisfactorios, en los pocos casos descritos la ligadura de la vena ovárica es el tratamiento de elección con muy buenos resultados.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

SIMULACIÓN DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN MODELO ANIMAL CONEJO

Autores: Dölz Adolfo, Castro Jorge, Martínez Javier
Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna
Santiago, Chile

Introducción: La cirugía laparoscópica requiere un cirujano pediátrico con una adecuada capacitación previa. La técnica de Nissen vía laparoscópica requiere de un equipo quirúrgico entrenado para conseguirlo. De esta manera, el cirujano pediátrico debe alcanzar la curva de aprendizaje mediante simuladores o animales de experimentación antes de comenzar su casuística en pacientes. La utilización del modelo animal conejo en cirugía laparoscópica ha sido ampliamente difundida por su semejanza al recién nacido en cuanto a peso y dimensiones de trabajo para el cirujano, además por ser un entrenamiento in vivo.

Material y método: El entrenamiento se realiza en el Hospital Salvador (Santiago de Chile) en el Centro de Entrenamiento e Investigación en Cirugía Laparoscópica (C.E.I.C.I.L.), con conejos de la especie *Oryctolagus cuniculus* de 2.5 kg. y con cavidad abdominal de 400 ml. aproximadamente. Se entrena la preparación de instrumental quirúrgico laparoscópico, colocación, fijación de trocares y realización ergonómica de procedimientos como las técnicas de Nissen, biliodigestiva y apendicectomía. El aporte de este trabajo es utilizar, para estas técnicas, asas intestinales que simulan estructuras anatómicas del paciente pediátrico, ya que las de conejo son diferentes. De esta manera se simula esófago, fondo gástrico, apéndice y vía biliar. La simulación para la técnica de Nissen laparoscópico, se obtiene efectuando una pexia percutánea de una asa intestinal en la fosa iliaca izquierda con asistencia laparoscópica, simulando esófago y que es rodeada por otra a modo de estómago, reproduciendo una funduplicatura. Mediante este modelo se practican endosuturas y endonudos.

También con asas intestinales se practican apendicectomías y biliodigestivas simuladas. Este sistema se repite una y otra vez obteniendo en cada sesión un progreso tanto en la técnica como en el tiempo quirúrgico.

Conclusiones: El modelo animal conejo además de sus ventajas en tamaño y ser un modelo vivo, permite además agregar diversas simulaciones y que en conjunto logran la capacitación previa que se recomienda antes de realizar cirugía laparoscópica de manera segura y eficiente en pacientes.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

LIFANGIOMA QUÍSTICO PANCREÁTICO

Autores: Iglesias M, Bucheister M, Yankovic F., Arce J., Franco C, Becar H.
Clínica Santa María
Santiago, Chile

Introducción: Los linfangiomas son tumores benignos de baja ocurrencia. Pueden localizarse en cualquier sitio anatómico, siendo más frecuente su ubicación en la cabeza y cuello. Los linfangiomas abdominales son infrecuente y representan entre el 5 y 1% de todas las localizaciones, presentándose habitualmente en el mesenterio y retroperitoneo. En este trabajo, se presenta un caso clínico pediátrico de un portador de un linfangioma pancreático.

Caso clínico: Lactante menor sexo masculino, sin antecedentes perinatales de importancia y ecografía antenatal normal. A los dos meses de vida se constató reflujo gastro esofágico no complicado e hidrocele comunicante derecho. Es derivado para evaluación quirúrgica. El examen físico del ingreso era normal, excepto por la presencia de un gran hidrocele derecho. Se solicitó estudio ecográfico inguino escrotal, informándose como hallazgo, la presencia de una masa retroperitoneal quística izquierda. La resonancia nuclear magnética de abdomen se describió una formación líquida, en relación al hipocondrio izquierdo, en estrecha relación con la capsula esplénica y cola del páncreas. Se planteó como posibilidad diagnóstica, la de un linfangioma de posible origen pancreático. Se planificó la cirugía en forma electiva a los siete meses de vida. Abordaje vía laparotomía transversa izquierda supraumbilical. Se accede al tumor abriendo ligamento gastrocólico. Resección completa del linfangioma, el que se encontraba adherido a la cola del páncreas, sin compromiso ductal. El paciente presentó una recuperación favorable y fue dado de alta sin complicaciones a los 5 días. En los controles post operatorios en seguimiento a 12 meses, no hay evidencia de recidiva de la enfermedad. La pieza operatoria midió 12 x 6 x 2 cm., tenía un estructura macronodular y un contenido amarillento. El diagnóstico anatomo patológico definitivo fue de un linfangioma quístico pancreático.

Discusión: Los linfangiomas pancreáticos son tumores benignos extremadamente infrecuentes. Su origen se atribuye a una malformación del sistema linfático. Probablemente se desarrollan debido a una proliferación de tejido linfático aberrante, sin comunicación con el sistema normal. El tratamiento de los linfangiomas pancreáticos es quirúrgico. Si bien este tumor es de comportamiento benigno, puede presentar recidiva local, por lo que es fundamental la extirpación completa de la masa.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

MELANOMA MALIGNO CON GANGLIO CENTINELA POSITIVO

Autores: Contreras R, Lopetegui S.
Hospital de Niños Roberto del Río
Santiago, Chile

Introducción: Patología de baja frecuencia en edad pediátrica, pero de gran importancia, dada el pronóstico sombrío a que están expuestos estos pacientes. Su etapificación y pronóstico dependen de niveles anatómicos de invasión (Clark) y del espesor de su profundidad (Breslow).

Descripción del caso: Presentamos el caso de un preescolar de 2 años, portador de Melanoma Maligno de pie derecho, intervenido en otro centro hospitalario, con márgenes positivos en profundidad, sin posibilidad de establecer niveles anatómicos, ni de profundidad en la lesión.

En segunda revisión se amplía el borde de sección quirúrgica y se realiza búsqueda de ganglio centinela, con un detector de radioisótopos en forma intrao-peratoria. Se logra confirmar compromiso metastásico ganglionar de hueso poplíteo. Sin compromiso ganglionar a nivel inguinal. Ingresa a Quimioterapia (QMT) en la que se encuentra actualmente.

Revisión del tema: Descubrir el compromiso metastásico ganglionar de este paciente, nos confirmó la necesidad de iniciar QMT agresiva y discutir con sus familiares gravedad de su enfermedad. La literatura internacional describe un comportamiento similar al del adulto y en algunos casos más agresivo aun en niños.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TUMORES DE OVARIO GIGANTES BORDERLINE

Autores: Dres: Blanco Martínez A, Ibáñez Gallardo C, Vásquez Rodríguez H, Roco Opazo J.
Servicio de Cirugía, Hospital Luis Calvo Mackenna
Santiago, Chile

Introducción: Los tumores de ovario borderline, también llamados tumores de bajo potencial maligno representan el 15% de los tumores epiteliales de ovario. Pueden ser serosos, mucinosos, endometrioides, células claras o células transicionales (tumor de Brenner). Las estirpes serosas y mucinosas corresponden a las más frecuentes con un 63% y 37%, respectivamente.

Descripción de los casos: Se presentan dos pacientes de sexo femenino, de 12 y 14 años, con tumores ováricos gigantes que fueron diagnosticados y tratados en nuestro establecimiento el primer trimestre del año 2009. Ambas con un importante aumento del tamaño abdominal, de varios meses de evolución las cuales fueron operadas. Se resecaron los tumores encontrando en ambos casos enormes máxas ováricas, de 5 y 9 Kg., multiloculados, que fueron diagnosticados como cistoadenomas mucinosos borderline. Ambas pacientes han seguido en control estricto en nuestro servicio encontrándose asintomáticas y sin evidencias ecográficas de recidivas.

Resultados y discusión: El diagnóstico clínico y radiológico de estos tumores se puede sospechar, con ECO y TAC.

El estudio de CA-125 se encuentra elevado en un 30 a un 83% de los casos. Histológicamente, los cistoadenomas borderlines presentan una estructura quístico-papilar, estratificación celular y grados variables de atipia celular. La microinvación se ha encontrado en el 15% de los serosos y en el 19 % de los mucinosos. Respecto de los factores pronósticos, sólo los implantes peritoneales y probablemente la arquitectura micropapilar, representan un pronóstico adverso. El tratamiento recomendado en pacientes jóvenes que desean mantener fertilidad es la cirugía conservadora.

En la literatura encontramos que las recurrencias son de un 18, 5%; se tratan quirúrgicamente sin afectar la sobrevida, siendo ésta de un 99% a los 10 años.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**RABDOMIOSARCOMA EMBRIONARIO (BOTROIDE) DE VÍAS BILIARES
FÍSTULA BILIOENTÉRICA ESPONTÁNEA**

Autores: Drs. Ninamango Díaz Luis E; Fernández Ernesto; Romero Soledad; Duarte Gustavo;
Henain Susana
Hospital Pediátrico Juan Pablo II
Corrientes, Argentina

Introducción: El Rbdomiosarcoma de vias biliares es un tumor maligno de tejido blando musculoesqueletico, que se reconoce a la micoscopia por la presencia de celulas fusiformes, estrelladas y/o redondeadas con escaso citoplasma y en las que se observa estriaciones transversales en su interior. Es una causa rara de obstrucción de vias biliares, no obstante, es la más común de ictericia neoplasica, el interés radica en que es muy poco conocido y que puede confundirse preoperatoriamente con un quiste de colédoco, puesto que su sintomatología e imágenes radiológicas son superponibles.- Este caso presenta un paciente de 4 años de edad de sexo masculino con ictericia, coluria y acolia de tres meses de evolucion.Al examen fisico el mismo se presenta en mal estado general con ictericia generalizada, abdomen globuloso blando depresible con ascitis y en cual se palpa a nivel de hipocondrio y flanco derecho una tumoracion de aproximadamente 4 a 5 cm de diámetro de bordes romos y adherido a planos profundos.En los analisis de laboratorios, se constata una GOT de 352 mUI/ml, GPT de 349mUI/ml, FAL de 6.324 mUI/ml, BT de 20,8 mgr%, BD de 15.4mgr%, BI de 5.4mgr%, coagulogрма normal, orina de tipo colérica, con trzos de proteinas y bilirrubina (+++), se solicita realizar una TAC que informa tumoracion redondeada que mide aproximadamente 3x2.4cm de diametro, que no refuerza con el contraste E/V localizada en la region yuxtahiliar derecha del hilio, se observa además una imagen hipodensa de aproximadamente 2x1cm de diámetro localizadad en la region cefalica del páncreas que ejerse efecto de masa sobre las estructuras adyacentes en la R.N.M se observa importante dilatación de vias biliares intra y extrahepaticas, vesicula distendidas de paredes engrosadas, por provable proceso inflamatorio adyacente, con hiperintesidad de los planos grasos vecinos, además se observa una lesion que compromete al parenquima hepáticoubicada inmediatamente por delante del lóbulo caudado, que se extiende distalmente hats la region del carrefour.- Se decide tomar conducta quirúrgica, abordaje por incisión de kocher se observa vesicula tensa se realiza punción obteniendoce liquido claro, se observa coledoco de aproximadamente 5cm de diámetro de cosistencia duroelastica. Se realiza colecistectomia atipica. Se realiza coledocotomia se observa paredes engrosadas que oblitera totalmente la luz del coledoco por lo cual se realiza coledocostomia terminal dejando 2cm de coledoco, se realiza biopsia y reducción de masa de coledoco distal, el paciente permanecio durante dos meses con coledocostomia tras lo cual accidentalmente se sale sonda de drenaje. Se decide realizar entonces una colangiografia de control donde se pudo apreciar la existencia de una fistula Bilioenterica por lo que se realiza una nueva colangioresonancia que informo;higado de forma y tamaño normal, rodeando la via biliar principal, comprometiendo en forma perimetral a los conductos hepático derecho e izquierdo, hepático común, al tercio proximal y medio del coledoco se identifica unproceso espacio ocupante solido, de aspecto organico, hipointenso, que realza en forma evidente luego de la inyeccion de contraste. En la pared abdominal anterior en flanco derecho se identifican huellas quirúrgicas a este mismo nivel se localiza una viscera hueca (colon) que contacta intimamente con la cicatriz quirúrgica mostrando una franca irregularidad y adelgazamiento del espesor parietal(fistula enterocutanea?) Actualmente el paciente se encuentra en buen estado general, sin signos de obstrucción coledociana sin ictericia y en seguimiento por consultorio externo del servicio de cirugia, con una vida prácticamente normal.

Revisión del Caso: Los tumores de subtipo Botroides representan alrededor del 10% de todos los casos de Rbdomiosarcoma, el pronostico en un niño o adolescente con este diagnóstico, se relaciona con la edad, sitio de origen, resecabilidad, presencia de metástasis, tejidos implicados, subtipohistopatologico.la sobrevida de estos pacientes con diagnóstico a tiempo y tratamiento adecuado es de un 60% a los cinco años, además de acuerdo a los antecedentes ya existentes que son escasos, este seria uno de los pocos y unico caso en que se resuelve de manera espontánea con la formación de una fistula bilioenterica.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN HIPERPARATIROIDISMO TERCIARIO.
REPORTE DE 3 CASOS**

Autores: Dres. Blanco Martínez A.*, Ibáñez Messina C.G.*, Hernández N. R.**

*Servicio de Cirugía, Hospital Luis Calvo Mackenna, **Clínica Santa María
Santiago, Chile

Introducción: El hiperparatiroidismo terciario se presenta en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) tratados, en los cuales sus glándulas paratiroides se vuelven autónomas y fuera de control incluso tras el trasplante renal. Presentan niveles crecientes de paratohormona (PTH) con hipercalcemias de difícil control. El tratamiento quirúrgico de elección es la extirpación de sus glándulas paratiroides e implante de un segmento de ella en algún músculo o conservación de una parte de la glándula.

Objetivo: Reportar nuestra experiencia en la cirugía del hiperparatiroidismo terciario, en tres casos portadores de IRC, que requirieron tratamiento quirúrgico y se les realizó una paratiroidectomía total.

Pacientes y Métodos: Se presenta una serie de tres casos clínicos que desarrollaron un hiperparatiroidismo terciario. Los tres pacientes presentaban niveles elevados de PTH y osteodistrofia renal severa, que no respondieron al manejo con vitamina D ni mejoraron después del trasplante renal. Todos los pacientes fueron estudiados con ultrasonografía y con cintigrafía con Tc-99 (C.Tc-99) previo a la operación.

Resultados: Se realizó paratiroidectomía total e injerto de un segmento de glándula en músculo esternocleidomastoideo en los tres pacientes. Uno de ellos necesitó una segunda intervención para lograr la extirpación total de las glándulas. En todos disminuyeron notablemente sus niveles de PTH. Actualmente los tres pacientes mantienen niveles normales de PTH.

Discusión: La extirpación de las glándulas presenta algunas dificultades, ya sea por la ubicación o por el tamaño de éstas. Se necesita un entrenamiento quirúrgico adecuado para reconocer el tejido glandular y extirparlo satisfactoriamente. Actualmente se puede medir inmediatamente el nivel de PTH en la sangre para comprobar la efectividad de la extirpación, además de usar C.Tc-99 intraoperatorio para ubicar las glándulas y disminuir el tiempo operatorio.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TORSIÓN AISLADA DE TROMPA DE FALOPIO EN UNA NIÑA

Autores: Anaya Domínguez M,* Anaya Gutiérrez J*.

*Cirujano Pediatra, Hospital Harry Williams
Cochabamba, Bolivia

Introducción: La torsión de la trompa de Falopio es una causa ginecológica muy rara de dolor abdominal agudo en adolescentes. Aunque la torsión de un anexo es relativamente común, la torsión aislada de la trompa de Falopio es difícil de diagnosticar clínicamente por la inespecificidad de la sintomatología, la rareza del cuadro y búsqueda de otras causas más frecuentes de dolor abdominal como apendicitis, quiste de ovario, etc. Presentamos el caso por su poca frecuencia y la necesidad de ser considerada como diagnóstico diferencial en toda paciente con dolor abdominal. Caso Paciente de 14 años que consulta por dolor abdominal de 3 días de evolución inicio difuso y luego en fosa iliaca derecha, ausencia de eliminación de heces y gases 24 hrs antes del ingreso, escalofríos.

Examen físico: Buen estado general, taquicardica, con signos de irritación peritoneal. Hemograma infeccioso con neutrofilia. Fracción Beta negativa. RX de abdomen sin niveles hidroaéreos. Laparotomía: líquido hemorrágico libre en cavidad, masa de 10 x 3 cm torcida sobre su eje en 360° que corresponde a trompa, ovario de aspecto normal. Apéndice congestivo con placas de necrosis. Se realiza salpingectomía más Apendicectomía. Manejo antibiótico. Histopatológico reporta salpingitis aguda inespecífica con infarto hemorrágico. Evolución satisfactoria. En controles ginecológicos, al momento sin incidentes.

Palabras clave: Torsión trompa de Falopio, abdomen agudo.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**“BISTURÍ ARMÓNICO” PARA ESPLENCOMÍA PARCIAL. AVANCE
TECNOLOGICO RECOMENDABLE**

Autores: Zanotti, A; Carrillo, A; Samudio, A.
Instituto Privado Del Ninho
Asunción, Paraguay

Introducción: Esplenectomía total en casos sintomáticos de esferocitosis congénita, esta limitada por la preocupación de la posible sepsis post esplenectomía. La esplenectomía parcial(70-80%)es una buena alternativa, pero limitada por las dificultades técnicas de la hemostasia propias de la transeccion del bazo. El bisturí armónico es un instrumento ultrasónico, diseñado para cortar y coagular los tejidos, con altísima precisión y mínimo daño, recomendado para la reseccion parcial de órganos macizos.

Objetivo: El objetivo de este trabajo comunicacional, es recomendar el "bisturí armónico", en base a la experiencia vivida en un caso, para realizar la esplenectomía parcial, que como en el caso que nos ocupa, fue realizada por esferocitosis congénita.

Material y Método: Paciente del sexo femenino, de diez meses de edad, portadora de esferocitosis congénita. Fue operada para realizarle una esplenectomía parcial (70-80%), como tratamiento de la esferocitosis. Por laparotomía se accede al pediculo vascular principal del bazo, coagulando y seccionando todas las ramificaciones de los vasos esplenicos, preservando los vasos cortos gastroesplenicos. Se asegura la perfucion del polo superior, demarcando así, la línea de reseccion,que corresponde al 70-80% del bazo. El "Bisturí Armónico" fue utilizado en todo momento, para el control de hemostasia en el pediculo, como para completar la resección parcial del parénquima esplenico de manera exangüe, documentada en nuestro caso en particular.

Discusión: La resección parcial de vísceras macizas esta limitada por la dificultad de hemostasia segura y rápida al momento de cortar el parénquima. Con el bisturí armónico el corte y coagulación ultrasónicos, son simultáneos, trabajando a una temperatura de entre 50 y 100 grados, causando un corte y disección muy precisos, frente al bisturí eléctrico donde se trabaja entre 150 y 400 grados.

Conclusion: Ante la necesidad de realizar reseccion parcial de una víscera sólida como el bazo, es recomendable la utilización del "bisturí Armónico".

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

HERNIA INGUINAL INDIRECTA EN MENORES DE UN AÑO. EXPLORACIÓN CONTRALATERAL. EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

Autores: Centurión J., Calvo A., Ruiz Juri I., Rossi A., Suárez C.
Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Pediátrico del Niño Jesús.
Córdoba, Argentina

Introducción / Objetivo: La hernia inguinal indirecta complicada ocurre en el 5% de las hernias inguinales, más frecuentemente en los menores de 1 año. Se recomienda la exploración contralateral por la alta probabilidad de un proceso peritoneo vaginal permeable (PPVP) que conlleva a la aparición en el futuro de hernias contralaterales; nuestro objetivo es valorar la necesidad de exploración quirúrgica contralateral en pacientes menores de un año, con hernia inguinal indirecta e independientemente de que lado se presente.

Pacientes y métodos: Se realizó una revisión prospectiva de 68 pacientes seleccionados con signos clínicos de hernia inguinal (HI) sin patologías asociadas, intervenidos quirúrgicamente en nuestro hospital durante el período comprendido entre enero y agosto de 2009. Todos con diagnóstico presuntivo de hernia inguinal indirecta derecha o izquierda, excluyendo los pacientes con diagnóstico prequirúrgico de hernia inguinal bilateral y analizando prematuridad, peso al nacer, peso al momento de la cirugía, sexo, edad, diagnóstico prequirúrgico, exploración contralateral y diagnóstico posquirúrgico. Se considero PPVP a toda hernia o hidrocele comunicante.

Resultados / Discusión: Del total de los pacientes, 59 (86,7%) fueron de sexo masculino y 9 (13,2%) femeninos. La edad media fue de 3,4 meses. Se detecto prematuridad en 17 (25%) casos, bajo peso al nacer en 16 (23,5%), con una media de 2805 gr y el peso al momento de la cirugía tuvo una media de 5661 gr. El diagnóstico prequirúrgico fue en 39 (57,3%) hernia derecha, en 22 (32,3%) izquierda y en 7 (10,3%) bilateral. La exploración contralateral fue en el total de los casos. De las HI derechas, 12 (30,7%) se identificó PPVP; y de las HI izquierdas, 7 (31,8%) presentaron también PPVP; que sumado a las hernias operadas con diagnóstico prequirúrgico de bilateralidad, dan un total de 26/68 (38,2%) de PPVP.

Conclusión: Analizando los resultados obtenidos, consideramos oportuna la exploración inguinal contralateral, independientemente del lado en que se presente, debido a la alta persistencia de PPVP en menores de un año, con posibilidad de presentar complicaciones a futuro.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Laparoendoscopic Single -Site Surgery (LESS): reporte de tres casos

Autores: Parilli A, Ferrer A, García W y Sully MI
Policlínica La Arboleda, Caracas – Venezuela

Introducción: En el 2004 aparece la cirugía endoscópica transluminal por orificios naturales (NOTES), fundamentada en el acceso de la cavidad abdominal sin incisiones, luego han surgido numerosas técnicas con enfoques similares. En julio de 2008 un grupo multidisciplinario determinó una nomenclatura universalmente aceptada para las cirugías laparoscópicas por incisiones únicas denominada LESS. Este término incluye los abordajes con dispositivos tipo Single-Port y los abordajes por una sola incisión con múltiples puertos a través de la misma.

Objetivos: Reproducir la técnica LESS en niños pequeños y en diferentes patologías.

Materiales y Métodos: Fueron intervenidos por LESS: un niño de 4 años con litiasis vesicular, una niña de 11 meses con hernia inguinal izquierda y un niño de 5 años con peritonitis apendicular. En un caso se colocó un puerto accesorio de 3mm (situación aceptada en la descripción de esta técnica). Se utilizaron solo puertos de 3 y 5mm.

Resultados: En todos los casos: Se logró realizar la cirugía planificada, sin prolongaciones importantes del tiempo quirúrgico ni complicaciones. Hubo menor intensidad del dolor postoperatorio, menor requerimiento de analgésicos y ausencia de cicatrices visibles fuera de la cicatriz umbilical natural (las incisiones de 3mm desaparecen con el tiempo).

Discusión: LESS en niños pequeños ofrece una alternativa quirúrgica sin dejar incisiones visibles y sin utilizar dispositivos costosos tipo Single-Port, los cuales requieren incisiones de mínimo 2,5cm de longitud que en este grupo etario correspondería a cirugías abiertas convencionales no mínimamente invasivas. LESS en niños pequeños logra resultados similares al NOTES, sin la necesidad de lesionar otros órganos (estómago, colon y vagina), sin aumentar el riesgo de contaminación y sin tener que adquirir instrumental de alto costo diferente al instrumental laparoscópico convencional.

Conclusión: LESS en niños pequeños pareciera ser factible para la resolución de diferentes patologías, pudiendo llegar a ser un paso evolutivo en la cirugía laparoscópica pediátrica. Sin embargo se requieren estudios más extensos y comparativos con las técnicas laparoscópicas convencionales.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

SÍNDROME DE TERATOMA CRECIENTE

Autores: Lopetegui Castillo, MS; Contreras Boero, R.
Hospital Roberto del Río
Santiago, Chile

Introducción: Si tenemos un tumor de células germinales que crece a pesar de la QMT esto sería de mal pronóstico. Existe una entidad que es la excepción: Síndrome de Teratoma Creciente, patología muy poco habitual, la cual se sospecha cuando nos encontramos frente a la presencia de un tumor de células germinales no seminomatoso, que a pesar de recibir QMT, evoluciona con un aumento de tamaño y la histología nos indica teratoma maduro.

Caso Clínico: Escolar de 8 años que consulta por dolor abdominal. Estudio por imágenes muestra múltiples tumores intraperitoneales de diferentes tamaños, adheridas a mesenterio y fondo de saco recto uterino, α feto proteína elevada. Primera biopsia da como diagnóstico Teratoma ovárico maduro/inmaduro tipo 3C. Inicia tratamiento con QMT y evoluciona con aumento de masas tumorales y α feto proteína. Se extirpan múltiples masas tumorales. Biopsia:

Teratoma maduro 70% Inmaduro 30%. Recibe QMT evolucionando con normalización de α feto proteína y crecimiento progresivo en tamaño y número de los tumores en peritoneo e hígado requiriendo extirpación en dos oportunidades.

Ultimo estudio patológico muestra Teratoma maduro sin elementos carcinomatosos. En seguimiento por más de 1 año no requiriendo nueva cirugía.

Revisión del tema: Descrito en 1982 por Logothetis. Criterios para su diagnóstico: 1) normalización de marcadores tumorales; 2) aumento del tamaño tumoral durante o después del tratamiento con QMT con ausencia de componentes malignos; 3) histología sólo de Teratoma Maduro. Ocurre en 2 a 7% de tumores de células germinales no seminomatoso. Tratamiento: resección quirúrgica completa. Histología: es mandataria para excluir la recurrencia maligna Seguimiento con imágenes: CT y MR.

Complicaciones clínicas: 12%: Trombo vascular, Necrosis intestinal por compresión mesentérica, compresión ureteral, Obstrucción conducto biliar o intestinal Excelente pronóstico. El seguimiento regular es fundamental ya que algunos pacientes (3%) presentan tumores con componentes malignos.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TRAUMA ABDOMINAL COMPLICADO: FRACTURA HEPÁTICA POR APLASTAMIENTO DE VEHÍCULO

Autores: Drs. Tomás Ricardo Ibáñez G 1-2 , Marco Valenzuela A 1-2, José Miguel Herrera V2
1 Servicio de Cirugía Infantil, Hospital Roberto del Río
2 Unidad de Cirugía Pediátrica, Clínica Indisa de Santiago
Santiago, Chile

Introducción: El trauma abdominal pediátrico con lesión de vísceras sólidas es cada vez más frecuentes en nuestro medio, particularmente los vinculados con accidentes automovilísticos.

Descripción: Se presentan dos pacientes con trauma abdominal complicado con fractura hepática secundaria a aplastamiento por vehículo de familia y en forma accidental durante maniobra de retroceso. Se describe su manejo, evolución y se analiza la literatura.

Caso 1; niña 1 año 4 meses es atropellada por su padre mientras retrocedía su automóvil. Está conciente, pálida y llorando.

Es trasladada al consultorio de Lampa, al Hospital R. del Río y luego a Clínica Indisa. Es operada de urgencia el mismo día en dos oportunidades en hospital R. del Río, se realiza hepatectomía derecha y parking abdominal. Luego en Clínica Indisa extirpación de parking con control hemostático. Presenta un hematoma duodenal importante y una fístula biliar que se manejan con gastroyeyuno anastómosis y drenaje colección biliar evolucionando favorablemente siendo dada de alta al 38vo día.

Caso 2; niño de 5 años jugando en la calle su hermano lo bota al suelo en el momento que pasa su furgón escolar y una de las ruedas pasa por el abdomen. Está pálido, no reacciona, respiración espontánea y pulso cervical palpable. Es llevado al Hospital R. del Río donde se realiza cirugía de urgencia a las 2 horas. Se realiza Hepatectomía derecha con control de pedículo, sutura cava retrohepática, sutura arteria hepática derecha y se deja parking abdominal. Evoluciona satisfactoriamente siendo dada de alta al 17vo día.

Conclusión: Como mecanismo de trauma abdominal pediátrico, el aplastamiento por automóviles familiares y en especial en recintos particulares, ha cobrado importancia como etiología en el trauma abdominal cerrado en los últimos años. Si bien muchos de estos casos no se archivan por el resultado fatal de los casos, existe poca literatura de pacientes con sobrevida con este mecanismo. Así como en otra época la etiológica más frecuente era la contusión por caída de bicicleta, hoy el mecanismo accidental por aplastamiento ha incrementado su frecuencia. La cirugía de urgencia en estos casos, se convierte en un desafío médico y quirúrgico donde tiene importancia el tiempo de la atención médica, el manejo multidisciplinario y la experiencia quirúrgica.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

DIAGNÓSTICO Y MANEJO: NEUROBLASTOMA QUÍSTICO CONGÉNITO

Autores: Zavala A , Cuevas M, Navarrete A, Pattillo JC, Baquedano P.
Pontificia Universidad Católica de Chile
Santiago, Chile

Introducción-Objetivo: El diagnóstico diferencial y la indicación de cirugía de una masa suprarrenal (SR) quística es difícil, ya que la mayoría son hematomás. Presentamos el caso de un paciente con un neuroblastoma (NB) quístico suprarrenal detectado prenatal por lo poco frecuente y lo importante de considerarlo en el diagnóstico diferencial. Paciente Lactante menor con diagnóstico prenatal (36+5 semanas) de lesión quística de 14 mm a nivel del riñón derecho. Embarazo fisiológico y RNT AEG. Resonancia Magnética postnatal demostró una lesión quística de 24 mm en la región SR derecha, que se contrastaba con Gadolinio, no visualizando la SR ipsilateral. La paciente evolucionó con hipertensión arterial (HTA), el Eco Doppler renal no demostró estenosis de las arterias renales. Por sospecha de NB congénito sintomático se realizó una suprarrenalectomía derecha laparoscópica a los 2 meses de vida, con optica 5mm 30°, instrumental de 3mm y Ligasure de 5mm. El estudio anátomo-patológico confirmó un NB poco diferenciado de la glándula SR con bordes quirúrgicos libres de tumor. El n-myc fue negativo.

Discusión-Conclusión: EL NB es el tumor maligno neonatal más frecuente y su aspecto ecográfico es variable, siendo excepcional la apariencia puramente quística como en este caso. El pronóstico en estos pacientes es favorable, por esto se recomienda que en lesiones <30mm se realice seguimiento clínico y ecográfico hasta los 6 meses de vida. Dado que nuestro paciente evolucionó con HTA severa, se planificó la cirugía por vía laparoscópica. La masa se pudo resear sin problemás, confirmando el diagnóstico y curando la HTA. Las lesiones quísticas SR en recién nacidos son poco frecuentes el diagnóstico diferencial debe considerar hemorragia SR, anomalías vasculares linfáticas, doble sistema renal y el NB quístico congénito.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

PÁNCREAS HETEROTÓPICO EN LA PAPILA DE VATER: CAUSA DE SÍNDROME COLESTÁSICO EN NIÑOS

Autores: Ninamango, L; Romero, S; Braverman, R; Vivas, H.
Hospital Pediátrico, " Dr Lorenzo Avelino Castelán," Resistencia, Chaco – Argentina

Introducción: El páncreas heterotópico o coristoma pancreático, es la presencia de tejido pancreático normal en una localización anormal sin relación anatómica con la glándula principal. La localización en la papila de Vater es infrecuente y es causa de obstrucción coledociana distal, sólo 22 casos de páncreas heterotópico en la región periampular han sido reportados en la literatura, todos en pacientes adultos. Presentamos un caso en niño y revisión bibliográfica.

Caso: Niña de 2 años, ingresa por dolor abdominal e ictericia. Presenta Síndrome colestasico clínico y de laboratorio, fiebre, leucocitosis. Ecografía y colangiografía, informan: dilatación de Vía Biliar (VB) intra y extrahepática. Colédoco de 1,6cm, en el extremo distal, adyacente a la papila se identifica defecto de relleno, compatible con lito.

Diagnóstico: Síndrome colestasico, por litiasis coledociana y colangitis, plan terapéutico: colecistectomía y exploración de la VB. Incisión de Kocher, se procede como primer gesto colangiografía transvesicular: extremo distal de colédoco en pico con pasaje filiforme de contraste al duodeno. Se procede a la exploración e instrumentación de la VB por coledocotomía longitudinal, obteniéndose detritos, colocación de Tubo de Kehr. Duodenotomía longitudinal, se observa tumoración en la papila de Vater, se toma biopsia y se realiza ESFINTEROPLASTIA TRANSDUODENAL, descartándose canal común se asume la obstrucción causada por la tumoración en la papila y se realiza colangiografía con buen pasaje a duodeno. Tubo de Kehr por 24 días. Buena evolución POP. Actualmente asintomática, ecográficamente VB intra y extrahepática de calibre normal.

Anatomía patológica: PANCREAS HETEROTOPICO EN LA AMPOLLA DE VATER.

Revisión: La obstrucción biliar por páncreas heterotópico en la región periampular, es una entidad poco frecuente y sigue siendo difícil de diagnosticar, a pesar de los avances en las técnicas de imágenes y endoscópicas. No hay casos publicados en niños, en adultos sintomáticos, la escisión local puede ser suficiente. La indicación de cirugías más radicales ante la posibilidad de relación entre heterotopia de páncreas y carcinoma de páncreas requiere aún más experiencia.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**SHUNT ESPLENORRENAL DISTAL DE URGENCIA EN PACIENTES
MENORES DE 1 AÑO**

Autores: Liberto, DH; Salgueiro, FO; Gallopo, M; Lezama, C; Giacove, G.
Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"
Buenos Aires, Argentina

Introducción/Objetivo: El sangrado gastrointestinal (GI) por várices esofágicas por hipertensión portal rara vez requiere para su tratamiento una cirugía de urgencia. Los progresos en el campo de la endoscopia en pediatría con la realización de escleroterapia y/o ligadura de las várices son el tratamiento de urgencia de rutina junto al soporte médico. El presente trabajo tiene como objetivo mostrar nuestra experiencia con la realización del shunt esplenorrenal distal (SERD) para el manejo de sangrados GI refractarios en pacientes menores de 1 año.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de 2 casos con hemorragia digestiva refractaria tratados con SERD de urgencia. Se analizó edad, sexo, síntoma de presentación, antecedentes de sangrado, métodos diagnósticos y terapéuticos, técnica quirúrgica, seguimiento a corto y mediano plazo. Se realizó además revisión bibliográfica.

Resultados: Se reportan dos pacientes, uno de sexo femenino y otro masculino, de 8 y 10 meses de vida, con peso de 6,300 y de 5,860 kgs respectivamente. Ambos se presentaron con hemorragia digestiva refractaria a tratamiento médico con sucesivas endoscopías con escleroterapia y ligaduras de las várices esofágicas sin éxito. Los 2 casos requirieron la utilización de balón de Segstaken-Blackmore por 24 horas. Ambos pacientes presentaban hipertensión portal prehepática secundaria a un Cavernoma de la vena Porta. El segundo de los pacientes presentaba como antecedentes prematuridad extrema (27 sem) con displasia broncopulmonar leve y múltiples sangrados GI. En ambos casos se realizó SERD. El seguimiento a 9 y 7 mes no evidencia recurrencia de los sangrados y ambos presentan en controles seriados por ecografía Doppler permeabilidad del shunt. Ninguno de los pacientes desarrolló encefalopatía y en ambos casos la función hepática se mantuvo dentro de parámetros habituales.

Discusión: Concluimos que la realización del SERD en niños menores de 1 año es un procedimiento seguro y efectivo como alternativa para el tratamiento de la hemorragia digestiva refractaria en paciente con hipertensión portal con función hepática normal. Este procedimiento debe ser realizado por un equipo quirúrgico entrenado y en un Centro de Derivación. Creemos que es necesario el desarrollo de una mayor experiencia para elaborar conclusiones estadísticamente significativas.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE QUISTE DE OVARIO COMPLICADO EN
RECIEN NACIDA. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Autores Lucarelli P, Aimale C, Ramallal H, Strippoli M, Menard M.
Clínica de Especialidades Villa María
Villa María, Argentina

Introducción: Desde que en 1975 Valenti et al, describieran por primera vez el diagnóstico prenatal de un quiste ovárico, la frecuencia con la cual se detecta esta alteración es cada vez mayor. El tratamiento quirúrgico de los quistes de ovario complicados se debe resolver en las primeras horas de vida.

Objetivos: Presentar el caso de una niña con diagnóstico prenatal de quiste de ovario complicado, su resolución laparoscópica y revisión de la bibliografía.

Material y Método: Presentación de caso. Caso clínico: recién nacida de 38 semanas de gestación, sin antecedentes perinatales, cesárea electiva, peso al nacer 2,900 Kg, con masa abdominal palpable, con diagnóstico pre-natal por ultrasonido de quiste folicular de ovario derecho de 6 cm x 5,5 cm x 4 cm, con signos de complicación. Dosaje de gonadotropina corionica humana, subunidad beta, antígeno carcinoembrionario, CA 125 y alfa-fetoproteína y laboratorio general dentro de parámetros normales. Intervención quirúrgica 6 hs posteriores al nacimiento, abordaje laparoscópico, salpingooferectomía derecha por torsión tuboovarica.

Resultados: El tiempo operatorio fue de 30 minutos. Estadía sanatorial 72 hs. No se observaron complicaciones intra y postoperatorias hasta el momento. Comenzó con lactancia materna a las 24 hs. con buena tolerancia.

Discusión: Un alto índice de quistes ováricos se presentan complicados al momento del diagnóstico. Actualmente el tratamiento quirúrgico es el indicado y el más usado en los tumores quísticos de ovario mayores a 5 cm, de rápido crecimiento o con signos de complicación.

Conclusión: La resección laparoscópica en los quistes complicados de gran tamaño puede ser realizada en forma segura, con un tiempo quirúrgico mínimo y nos aporta los beneficios por todos conocidos de este procedimiento.

Palabras Clave: Diagnóstico pre-natal, quiste de ovario fetal, laparoscopia.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**TRASPLANTE HEPATO-INTESTINAL EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO.
MANEJO DE LAS COMPLICACIONES**

Autores: Lobos PA, Vagni RL, Elmo GR, Liberto DH, Sánchez Claria R.
Hospital Italiano de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Introducción: La insuficiencia intestinal es una causa mayor de morbimortalidad, debido a las complicaciones de la nutrición parenteral. El trasplante intestinal ha surgido como una alternativa para el tratamiento de esta grave condición. Se reporta un caso de trasplante hepatointestinal de difícil manejo.

Método: Se realizó un trasplante hepato-intestinal en un paciente de 3 años de edad, que presentaba un síndrome de intestino corto asociado a una cirrosis secundaria a la alimentación parenteral crónica. Se registraron las complicaciones postoperatorias.

Resultados: Se realizó un trasplante de hígado-duodeno-páncreas e intestino delgado en block. La cirugía duró 7 hs - 30 minutos. Se requirieron siete reintervenciones quirúrgicas, que consistieron en: relaparotomía por hemoperitoneo, drenaje percutáneo de colecciones intraperitoneales, drenaje pleural, y colocación de malla por evisceración. El paciente fue tratado por una sepsis por *Candida*, y dos episodios de sepsis por gérmenes gram negativos. Finalmente evolucionó favorablemente, siendo externado al día 110 del post-operatorio con una excelente tolerancia por vía oral. No hubo hasta el momento signos de rechazo, clínicos ni histológicos.

Conclusiones: Las complicaciones habituales del trasplante intestinal son el rechazo y las infecciones, siendo la primera causa de mortalidad la sepsis con foco abdominal. El manejo agresivo de las complicaciones permitió en nuestro caso la sobrevida del paciente y del injerto, con adecuada función.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

SÍNDROME DE CONGESTIÓN PÉLVICA (SCP) REVISIÓN DE UNA EXTRAÑA CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL EN NIÑAS

Autores: Drs. Ninamango Díaz Luis E; Romero Soledad Mariel; González Arnaldo; Henain Susana
Hospital Pediátrico Juan Pablo II
Corrientes, Argentina

Introducción: El síndrome de congestión pélvica (SCP) frecuente en mujeres jóvenes; se asocia con várices del sistema venoso pélvico, dolor con localizado en los puntos ováricos, pesadez pélvica, dispareunia, dismenorrea, e irritabilidad vesical. Se puede sospechar por ecografía, y se confirma mediante laparoscopia diagnóstica (venas dilatadas y prominentes en los ligamentos útero y anexos).

Objetivo: Presentar 2 casos de dolor abdominal de etiología dudosa. Con diagnóstico laparoscópico. Casos clínicos: 1- Paciente femenino de 9 años con 3 días de dolor abdominal peri umbilical, vómitos de tipo gástricos, sin otro tipo de sintomatología.

Examen físico: En regular estado general, abdomen plano blando, doloroso a la palpación profunda en región umbilical y flanco derecho. Rx de abdomen: Con regular distribución de aire, asa fija en región umbilical. Ecografía: Líquido libre en cavidad abdominal. Laparoscopia con 3 puertos, liquido seroso en douglas se aspira con dilatación ileal a 10 cm. de la válvula íleo cecal por suboclusion intestinal por bezoar intestinal (semilla de maíz).Se observa dilatación de los plexos útero ováricos. 2-: Paciente femenino de 14 años con 5 días de dolor abdominal cólico, de intensidad creciente con irradiación a FID y vómitos de escasa cantidad. Examen físico: Abdomen blando, doloroso a la palpación profunda en FID sin defensa ni reacción. Ecografía: Normal.

Laparoscopia diagnostica con tres puertos, con escaso líquido reaccional y dilataciones del plexo útero ovárico.

Revisión del tema: Actualmente la laparoscopia constituye el método adecuado para confirmar el diagnóstico y el tratamiento inmediato en mujeres adultas, no hay nada descripto en niñas. El tratamiento laparoscópico será efectivo a medida que se identifique con precisión aquellas mujeres con síntomas de congestión pélvica. Evaluar la evolución a largo plazo de las pacientes con esta patología para control clínico y probable corrección quirúrgica. Tarea pendiente en pediatría ya que hay pocos casos en la literatura consultada.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

O PROPRANOLOL NO TRATAMENTO DOS HEMANGIOMAS PROLIFERATIVOS

Autores: Galvao do Amaral Campos, Heloisa
Hospital A. C. Camargo
São Paulo, Brazil

Introdução: Os hemangiomas proliferativos (HP) são os tumores mais frequentes da infância. São lesões benignas que regredem a partir do segundo ano de vida. Porém, a conduta expectante representa risco de comprometimento estético e funcional. Porém, medicamentos como corticóide e interferon apresentam efeitos colaterais indesejáveis. Recentemente, o propranolol foi apresentado na literatura como uma opção terapêutica para tratamento dos HP.

Objetivo: Temos como objetivo relatar a resposta ao propranolol observada no tratamento dos portadores de HP.

Material e Método: Foram 73 pacientes portadores de HP - idade entre 1 e 33 meses - 79% meninas – segmento cefálico em 88% - 66% maiores que 5 cm - 27% receberam corticoterapia prévia. Os pacientes foram tratados com propranolol oral 2mg/kg/dia, uso contínuo - 32% foram tratados com sessões de dye laser.

Resultados: A melhora foi observada em todos os casos e variou entre 20 a 95% com redução do volume e melhora da tonalidade das lesões. Não houve relato de efeitos colaterais ou toxicidade durante o tratamento.

Discussão: Os HP apresentam progressão dramática nas primeiras semanas de vida. Podem causar deformidade, provocar ferimentos, comprometer funções como a visão e a respiração. Para os casos tratados com propranolol, observamos efetividade no tratamento dos HP. A atuação do propranolol nos HP pode ser explicada por causar vasoconstrição capilar, reduzir a expressão dos fatores angiogênicos VEGF e bFGF, e induzir a apoptose endotelial.

Conclusão: O propranolol foi efetivo no tratamento dos HP interrompendo a progressão e induzindo a regressão precoce.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Rinoseptoplastía definitiva en fisura labiopalatina

Autores: Drs.: Giugliano Carlos, Hasbún Andrea, Guler Kenneth, Acosta Silvana.

Introducción: Las técnicas descritas para la rinoplastía en fisurados son múltiples y variadas. Nuestro protocolo habitual contempla 3 etapas: 1) rinoplastía primaria junto con la reparación del labio, 2) rinoplastía secundaria o alar a los 5 años y 3) rinoseptoplastía definitiva o terciaria cuando ya se ha completado el crecimiento.

El objetivo del presente trabajo es analizar los resultados estéticos de pacientes fisurados sometidos a rinoseptoplastía definitiva.

Pacientes y Métodos: Se revisan las fichas clínicas y el archivo fotográfico de 41 pacientes (21 mujeres, 20 hombres) del Hospital Dr. Roberto del Río, Clínica Alemana y Fundación Gantz, portadores de fisura labiopalatina sometidos a rinoplastía definitiva durante el período 2004 – 2008. Todos fueron intervenidos por un sólo cirujano (autor). La evaluación estética fue a través del análisis fotográfico seriado postoperatorio y la aplicación del método de strasser.

Resultados: El promedio de edad fue de 21 años (rango 14 a 51), 31 (76%) eran fisurados unilaterales y 10 (24%) bilaterales. El 36,5% tenía rinoplastía previa. Todos fueron sometidos a rinoplastía abierta, con osteotomía lateral externa y rebaje del dorso nasal. Se realizó, plastía de las bases alares en el 82,9%, se requirió la utilización de injertos de cartílago en el 95%, turbinectomía en el 68% y septoplastía en el 70.7% de los pacientes. De las septoplastías el 58% fue en unilaterales y el 30% en bilaterales. En 32 casos (78%) se asoció un segundo procedimiento quirúrgico, siendo la queiloplastía secundaria (73%) la mas frecuente. Las complicaciones se presentaron sólo en 3 pacientes (7,3%), dehiscencia de herida operatoria en 2 casos y perforación septal en 1 caso.

Discusión: La rinoplastía definitiva en el fisurado es mas compleja que en el paciente convencional y además requiere otras cirugías complementarias. Del punto de vista reconstructivo-estético, habitualmente se trata de una cirugía nasal con un componente reductivo (pirámide), de aumento (columela y proyección de la punta) y sobre todo que pretenda corregir las asimetrías.

En nuestra experiencia se trata de un procedimiento con resultados estético muy favorables y con un bajo índice de complicaciones.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Sindactilia Congénita Simple Compleja y Complicada : Manejo Quirúrgico a propósito de 47 casos

Autores: Drs. Giugliano C, Testart E, Klga.: Romaguera M

Introducción: Las malformaciones de las manos se producen entre la cuarta y octava semana de gestación. La localización de la falla en la extremidad superior dependerá del momento en que se encuentre la embriogénesis. Esta anomalía puede ser Accidental o Sindrómica. La clasificación de mano congénita que se utiliza actualmente en la mayoría de los centros especializados es la de Swanson (1968-1971). La malformación de las manos más frecuente en clínica es la Sindactilia, la que se clasifica a su vez en completa o parcial según extensión y en simple , compleja o complicada según la alteración osteoarticular asociada. El Objetivo del presente trabajo es evaluar los resultados quirúrgicos y las complicaciones en pacientes portadores de sindactilia congénita.

Pacientes y Métodos: Estudio retrospectivo de 65 pacientes de malformación congénita de manos operados entre 1999 y 2008 en el Hospital Roberto del Río y en la Clínica Alemana de Santiago. Se analizaron y revisaron las fichas clínicas de 47 casos de sindactilia en relación a datos demográficos y clínicos. Los datos clínicos analizados fueron: tipo de sindactilia, su ubicación en la clasificación de mano congénita , malformaciones asociadas , cirugía realizada y complicaciones .

Resultados: De acuerdo a la clasificación , 3 casos son por Falla en formación de partes, 26 casos por Falla en diferenciación o separación de partes, 1 paciente por Duplicación de partes, 13 casos por Crecimiento deficiente, y 4 pacientes por Síndrome de banda constrictiva. Las complicaciones se observaron en 7 casos (14,9%), pérdida del eje digital (2), pérdida parcial del espacio (2), cicatriz hipertrófica (2) y necrosis parcial de colgajo (1).

Discusión: En nuestra experiencia toda decisión terapéutica en las malformaciones de las manos es tomada con un criterio de equipo multidisciplinario conformado por cirujano plástico, traumatólogo y kinesiólogo que analizan caso a caso las distintas opciones terapéuticas. La correcta ruta quirúrgica, muchas veces en varias etapas , iniciada precozmente a partir de los 6 meses de edad generalmente ofrece buenos resultados y coloca al niño en mejores condiciones cuando se inicie el desarrollo de los patrones de función de las manos entre los 6 y 24 meses.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TRATAMENTO DOS LINFANGIOMAS COM OK432

Autores: Galvao do Amaral Campos, Heloisa
Hospital A. C. Camargo
São Paulo, Brazil

Introdução: Os linfangiomas são afecções decorrentes de má-formação linfática. São lesões benignas que não sofrem regressão espontânea. Os linfangiomas são infiltrativos e a conduta cirúrgica representa risco de comprometimento estético e funcional. Os resultados da escleroterapia com OK432 apresentados na literatura mostram a efetividade no tratamento das lesões macrocísticas.

Objetivo: Temos como objetivo relatar a efetividade da escleroterapia com OK432 no tratamento dos linfangiomas macrocísticos, microcísticos e mistos.

Material e Método: Foram tratados 25 pacientes portadores de linfangiomas, a maioria crianças, sob sedação, punção percutânea guiada por ultrassom, com solução de OK432 (1KE/10ml SF 0,9%), máximo de 20 ml por sessão. A cada sessão, os macrocísticos encontrados foram punccionados e aspirados para infiltração da solução de OK432. As áreas microcísticas superficiais e profundas de pele e partes moles foram tratadas com infiltração da solução.

Resultados: A melhora foi observada na quase totalidade dos casos. Os portadores de lesões macrocísticas apresentaram melhora ou resolução total com uma ou mais sessões. Os portadores de lesões microcísticas apresentaram melhora das vesículas superficiais, redução do volume da lesão e dos surtos de linfangite. O tratamento não provocou necrose tecidual superficial e não houve relato de toxicidade.

Discussão: Os linfangiomas são lesões deformantes sujeitas a surtos de linfangite. O tratamento cirúrgico convencional está associado a recidiva, seqüelas funcionais e cicatrícias. A efetividade do OK432 no tratamento dos linfangiomas foi observada nas áreas macrocísticas, microcísticas e mistas.

Conclusão: A escleroterapia com OK432 é uma opção efetiva, segura e deve ser considerada para tratamento dos linfangiomas macrocísticos, microcísticos e mistos.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL HEMANGIOMA NASAL: ALGORITMO DE MANEJO

Autores: Drs. Giugliano Carlos, Guler Kenneth, Hasbún Andrea, Acosta Silvana

Introducción: El tratamiento de los hemangiomas, por lo general, es médico.

La nariz es una de las unidades estético-funcionales más importante de la cara, por lo que las lesiones ubicadas a este nivel tendrían una conducta terapéutica orientada más hacia el tratamiento quirúrgico. El objetivo de nuestro estudio fue analizar los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico de los hemangiomas nasales, revisar la literatura y en base a los resultados plantear un algoritmo de manejo.

Pacientes y Métodos: Estudio retrospectivo de 23 pacientes operados de hemangioma nasal entre 1990 y 2009 en el Hospital Roberto del Río y en la Clínica Alemana de Santiago. Se revisaron las fichas clínicas para el análisis de datos demográficos y clínicos. Los datos clínicos analizados fueron: tipo de hemangioma, fase evolutiva, subunidad estética nasal comprometida, tratamientos previos recibidos, cirugía realizada, complicaciones y tiempo de seguimiento. La evaluación de los resultados estéticos se realizó con el método de Strasser mediante el análisis fotográfico seriado postoperatorio.

Resultados: Fueron operados 23 pacientes. 9 hombres y 14 mujeres. La edad promedio de la operación fue 6,8 años (rango entre 2 y 19 años). Dentro de los tipos de hemangioma el mixto fue el más frecuente (83%). En fase de involución se operó al 87% y al porcentaje restante en etapa de secuelas. Las subunidades estéticas afectadas fueron: punta aislada 44%, punta más otra subunidad 30%, otra subunidad 26%. La mayoría recibió tratamiento médico previo (74%). Las técnicas quirúrgicas empleadas fueron: 5 colgajos frontales, 9 rinoplastias abiertas, 2 rinoplastias abiertas más resección directa, 5 resecciones directas aisladas y otras en 2 casos (1 lipoaspiración y 1 rinoplastia cerrada). No hubo complicaciones en esta serie. El período de seguimiento fue de 26,6 meses. Los resultados estéticos aplicando el método de Strasser fueron: excelente 3, bueno 15, mediocre 5 y malo 0 pacientes.

Discusión: En nuestra experiencia toda decisión terapéutica en las anomalías vasculares cutáneas es tomada por un equipo multidisciplinario conformado por dermatólogos, radiólogos, cirujanos vasculares y cirujanos plásticos, que analizan caso a caso las distintas opciones terapéuticas. Por lo general, el tratamiento quirúrgico es realizado una vez agotadas todas las posibilidades de tratamiento médico. En nuestra serie la indicación quirúrgica estuvo dada por el fracaso del tratamiento médico y para el manejo de secuelas. La nariz es una estructura de mucha importancia estética y dada su exposición permanente junto con la imposibilidad de camuflar las lesiones a este nivel, hacen que no sea recomendable esperar la evolución espontánea de los hemangiomas ya que el paciente puede pasar años exponiendo su cara con la lesión lo que genera graves trastornos psicológicos y sociales tanto a él como a su familia. Mantener la autoestima del niño es fundamental. Pensamos que es mejor operar en la edad preescolar donde los beneficios de la reconstrucción y la facilidad de la técnica serán mayores. En nuestra serie no encontramos alteraciones tróficas de los cartílagos, los resultados estéticos fueron aceptables y no tuvimos complicaciones. Formulamos un algoritmo de manejo.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

COMPARACIÓN DE 2 TÉCNICAS DE CURACIÓN EN PACIENTES QUEMADOS PEDIÁTRICOS

Autores: Carolina Lagos, Judith Contreras, Pablo González, José Mena
Hospital Gustavo Fricke
Viña del Mar, Chile

Introducción: Las quemaduras son una causa importante de morbi-mortalidad a nivel mundial. Son la tercera causa de hospitalización y muerte por trauma pediátrico. La mayoría de los centros tienen protocolos de manejo similar pero no existe consenso en cuanto al tipo de curación. La sulfadiazina de plata es uno de los tipos de curación más usados. Las membranas microporosas son otro tipo de apósito usado en las curaciones de quemados.

Objetivos: Evaluar de manera comparativa y objetiva la eficiencia de dos tratamientos para quemaduras de piel, cobertura con membrana microporosa (Telfa Clear®) versus cobertura con ungüento de Platsul®, en un grupo de pacientes hospitalizados del Servicio Quirúrgico Pediátrico del Hospital Gustavo Fricke. Como hipótesis nula, se plantea que la eficiencia de Telfa Clear® y Platsul® es equivalente. Hipótesis alternativa, se plantea que Telfa Clear® sería un tratamiento más eficiente para el manejo de quemaduras en este servicio.

Material y Método: Estudio de cohorte retrospectivo de 70 pacientes tratados en el Servicio Quirúrgico Pediátrico del Hospital Gustavo Fricke, entre enero de 2007 y octubre de 2008, que recibieron uno u otro tratamiento para sus quemaduras. Se crearon 2 grupos y se compararon las siguientes variables: Epidermización total espontánea, % de prendimiento de injerto, tiempo, aseo quirúrgico, número de curaciones totales, % infecciones, índice de curaciones por paciente y por día hospitalizado, almacenamiento- estabilidad, costo de la técnica.

Resultados: En las variables Epidermización total espontánea (T43%-P54%), % prendimiento del injerto (T98%- P99%), tiempo de aseo quirúrgico (T48min -P45min), % infecciones (T11.4%-P11.4%), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. El variable almacenamiento-estabilidad (T30.1-P14.5), costos e índice de curaciones (T12.6-P19) favorecen a Telfa.

Conclusiones: No hay evidencia que permita descartar la hipótesis nula, donde se asevera que el desempeño de Telfa Clear y Platsul son equivalentes. Aparentemente Telfa resulta más fácil de manejar, es más económico y no requiere gran infraestructura de almacenamiento.

Discusión: Los resultados que se han encontrado, en general no revelan diferencias estadísticamente significativas, entre los dos métodos comparados, esto se debe principalmente a la dispersión de datos, asociado al tamaño muestral pequeño para trabajar con un $p < 0.05$.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

INDICACIÓN DE CIERRE ASISTIDO POR VACÍO (VAC) EN EL MANEJO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HERIDAS COMPLEJAS

Autores: Yáñez J, Torres V, Claire P, Aravena A
Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Unidades de Cirugía Plástica – Quemados y Traumatología Infantil
Santiago, Chile.

Introducción: Las heridas complejas, con pérdida de tejidos cursan en general con evolución tórpida y prolongada. La aplicación de VAC ha demostrado mejorar la perfusión capilar, oxigenación, aporte de nutrientes, favorecer el crecimiento tisular, disminuye el edema, la carga bacteriana y su nocivo efecto sobre el tejido de granulación. Nuestro objetivo es evaluar el resultado del uso de esta técnica.

Material y Método: Revisión de fichas clínicas de pacientes de nuestra unidad sometidos a este tratamiento desde Mayo 2008 a la fecha.

Resultados: Se obtuvieron 15 pacientes, 11 hombres y 4 mujeres. Edad promedio 6, 7 años. Los diagnósticos principales fueron politraumatizado 40%, quemados 27%, infecciones profundas de la piel 20% y escaras de decúbito 13%. La indicación del uso de VAC fue en el 60% desbridamiento de lesiones, 27% infección partes blandas y 13% asociado al uso de Integra® en quemados. La frecuencia de aseos y revisiones del lecho promedio fue de 3 días. El tiempo de utilización promedio fue 17, 4 días. La gran mayoría presentó tejido de granulación sano y libre de infección, sin complicaciones atribuibles a su uso. EL 73% requirió de injerto dermoepidérmico, asociado o no a colgajos de avance. El seguimiento promedio fue de 6,8 meses presentando la mayoría cicatrices en etapa de maduración, sanas.

Conclusión: El sistema VAC tiene múltiples aplicaciones terapéuticas en una variedad de heridas de difícil manejo, como terapia primaria o para mejorar los resultados de otros procedimientos quirúrgicos como el uso de Integra®, siendo una técnica efectiva y segura en el manejo de injurias sobre tejidos blandos en niños.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Nevus Congénito Gigante de Difícil Localización : Nueva Alternativa Terapéutica

Autores: Acosta S., Giugliano C.
Unidad de Cirugía Plástica Hospital de Niños Roberto del Río.
Santiago, Chile

Introducción: Los nevos congénitos gigantes son una entidad poco frecuente, que enfrenta al especialista con una patología compleja de solucionar. Las indicaciones de extirpación son: disminuir el riesgo de malignización, estética y control de síntomas. Durante años hemos utilizado la extirpación por etapas y la expansión tisular como principales herramientas en el manejo de estos pacientes y con buen resultado; pero existen algunos pacientes que por el gran tamaño y difícil localización de la lesión, hace compleja la utilización de dichas técnicas. Lo anterior nos ha llevado en los últimos 3 años a incorporar el sustituto dérmico (Integra ®) como una nueva alternativa terapéutica. Se presentan los pacientes manejados con esta modalidad, analizando la indicación, técnica y resultado

Descripción de la técnica: Se resecó el nevus hasta plano prefascial, y se instaló la placa fijándola con corchetes, cobertura completa con venda humedecida en furazin ® líquido y venda apósito. Los primeros 4 días post-operatorio se efectuó curación con mismo sistema mencionado, luego las curaciones se espaciaron cada 4 días, observando cada vez la coloración de la superficie, cuando ésta viró del rosado original a anaranjado, se programó el injerto dermoepidérmico.

Resultados: Se intervinieron 6 pacientes en tres años, portadores de nevos gigantes de difícil localización. Se consideró que no eran buenos candidatos para expansión tisular dado el escaso territorio donante. El promedio de superficie corporal resecada e injertada fue de 5.1%(rango :0.21 – 8.7). El tiempo entre la instalación del Integra ® y el injerto fue de 18 días. El prendimiento del sustituto fue de 100 % en todos los casos. La zona dadora principal fue el cuero cabelludo aunque 3 pacientes requirieron injerto complementario del muslo. Un paciente presentó infección antes de injertar que se manejó con antibiótico y aseo quirúrgico. Sólo un paciente se tuvo que reinjertar por pérdida parcial de ellos.

Discusión: Dar buena cobertura a un nevus gigante resecado es un tema difícil, el especialista debe estar familiarizado con varias alternativas reconstructivas, presentamos una opción nueva, la cual es eficaz, reproducible, segura y de resultado satisfactorio, por lo que creemos que debe ser incorporada en el arsenal terapéutico.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

QUEMADURA DE VÍA AÉREA EN PEDIATRÍA EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS (HEGC)

Autores: Drs. Yáñez J, Troncoso B, Claire P, Villena, R.
Unidad de Plástica y Quemados HEGC
Santiago, Chile

Objetivo: Aportar la experiencia del HEGC en el manejo de la lesión de vía aérea en el paciente pediátrico durante los 10 últimos años.

Método: Estudio retrospectivo, descriptivo de las fichas clínicas de los pacientes que ingresaron a la UCI del HEGC desde Enero de 1999 a Marzo de 2009.

Resultados: Se registraron 20 pacientes con lesión de vía aérea, correspondiente al 1, 2% del total de quemados que ingresaron a nuestro Hospital. La incidencia fue mayor en el sexo masculino. El principal grupo etario corresponde a niños entre 1 y 5 años (55%), seguido de aquellos entre 6 y 10 años (30%). En cuanto a la extensión, 70% presentaba menos del 20% de superficie corporal quemada. La principal localización de la quemadura fue cara (90%). El principal agente causal fue el fuego (70%) y agua caliente (25%). El principal mecanismo fue por incendio (30%). Todos los pacientes presentaron clínica característica de quemadura de vía aérea. En el 100% de los casos, el diagnóstico se realizó mediante gasometría arterial y laringoscopia directa. La fibrobroncoscopia sólo se realizó en 60%. El tratamiento consistió en ventilación mecánica (100%), antibióticos (85%), corticoides sistémicos (70%) y betabloqueadores (40%). El tiempo promedio de ventilación mecánica fue de 8, 2 días. El 85% presentó alguna complicación de la lesión inhalatoria durante la hospitalización.

Conclusiones: Es importante sospechar compromiso de VA en pacientes con quemadura de cara, sobretudo menores de 5 años, y en grandes quemados. Ante la sospecha de quemadura de VA, el paciente debe ser tratado en una unidad de cuidados intensivos, conectado a VM, sin necesidad de confirmar el diagnóstico mediante Fibrobroncoscopia.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

RESOLUCIÓN DE NEVUS GIGANTE CONGÉNITO DE EXTREMIDAD SUPERIOR CON COLGAJO EXPANDIDO

Autores: Morovic C.G., Florin C., Vidal C., Torres E.
Unidad de Cirugía Plástica, Hospital Luis Calvo Mackenna
Santiago, Chile

Introducción: El nevus melanocítico congénito gigante (NMCG) es una lesión desfigurante de alto impacto estético, la que puede malignizarse. Los resultados de su resección y reconstrucción con las técnicas tradicionales, incluyendo los sustitutos dérmicos son deficientes en la mayoría de los casos. Se presentan dos pacientes en los que se utilizó colgajo expandido para su resolución.

Casos Clínicos: Caso 1: paciente femenino portadora NMCG de dos tercios distales de antebrazo en forma circunferencial, muñeca y mano derecha. A los 8 meses se extirpa lesión névica completa reconstruyendo zona comprometida con colgajo abdominal expandido pediculado. El remanente névico de espacios interdigitales se extirpó al año de edad cubriendo las zonas comprometidas con injerto piel total inguinal. Por último se realizó retoque de algunas cicatrices a los tres años de edad, quedando el caso resuelto en edad pre escolar. Se muestra su seguimiento a cuatro años.

Caso 2: paciente masculino con NMCG que compromete tercio distal de brazo, antebrazo y mano derecha en forma circunferencial. Se reseca lesión de antebrazo en forma completa, cubriendo defecto con colgajo abdominal expandido pediculado, con buen resultado. La extirpación del remanente está programada en 2 tiempos quirúrgicos.

Revisión del tema: Dado su extensión, y de ser una zona muy expuesta la resolución de estas lesiones es complejo, se suma a ello los pobres resultados que se obtienen con los métodos tradicionales. En pacientes con NMCG de extremidades superiores, el colgajo expandido abdominal pediculado nos parece una alternativa bien tolerada y con buenos resultados estéticos funcionales en el seguimiento a largo plazo.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

USO DE INTEGRA® EN COMBINACIÓN CON PRESIÓN NEGATIVA AL VACÍO (VAC)

Autores: Claire P, Yáñez J, Torres V, Turenne D, Troncoso B.
Hospital Dr. Exequiel González Cortés
Santiago, Chile

Introducción: El INTEGRA® es un sustituto dérmico cada vez más utilizado en cirugía reconstructiva y en grandes quemados. Para un buen resultado es fundamental lograr una buena adherencia de la piel artificial, la cual no siempre es posible debido a los contornos del cuerpo y la dificultad en la inmovilización en niños pequeños. El sistema VAC podría ser de ayuda para mejorar la fijación del INTEGRA® y al mismo tiempo acelerar su prendimiento.

Objetivo: Comprobar si el uso de VAC es útil en el manejo del paciente con INTEGRA®.

Pacientes y métodos: Se presentan 5 pacientes en los cuales se aplicó INTEGRA® con VAC. Tres quemados con más de 25% SCQ, 1 paciente con Fasciitis necrotizante de cuello y tórax y 1 paciente con Desforramiento de extremidad inferior. La edad promedio de los pacientes fue 5.4 años (9 meses a 10 años) y el porcentaje de superficie corporal (SC) injertada fue de 6% a 20%.

Resultados: Todos los pacientes tuvieron un buen prendimiento del INTEGRA® (promedio 94%); 1 paciente con 31% de SCQ presentó infección local y pérdida parcial de Integra. La cobertura definitiva con autoinjerto se realizó en promedio al decimocuarto día (13 a 15 días), observándose en todos los casos signos de prendimiento. El manejo de las curaciones fue mucho más fácil tanto para el equipo tratante como para la comodidad de los pacientes, al evitar vendajes excesivos y posiciones incómodas.

Conclusión: El uso de VAC en combinación con INTEGRA® en estos pacientes demostró ser de gran ayuda en su integración, especialmente en zonas de difícil inmovilización, facilitando su manejo y logrando además acelerar el tiempo de prendimiento.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

USO DE INTEGRA® EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. NUESTRA EXPERIENCIA

Autores: Yáñez J., Torres V., Claire P, Caballero B, Turenne D.
Hospital Exequiel González Cortés
Santiago, Chile

Introducción: En pacientes pediátricos que han sufrido importante pérdida cutánea es fundamental lograr su cobertura dentro de los primeros días, ya que disminuye notablemente la morbimortalidad. Las alternativas disponibles son variadas, pero el fin último es el autoinjerto. A menudo esto no es factible y se requiere el uso de sustitutos dérmicos, como el Integra®.

Objetivo: Evaluar el uso de Integra® en pacientes de nuestro hospital mediante revisión retrospectiva de fichas clínicas desde el año 2000 a la fecha.

Resultados: Se obtuvieron 14 pacientes, 7 niños y 7 niñas. Promedio de edad del accidente 4, 9 años. Las principales causas de pérdida de cobertura fueron quemaduras, desforramiento y fasciitis necrotizante. El 76, 9% de los pacientes requirió escarectomía dentro de los 3 primeros días de evolución. La superficie promedio que requirió Integra® fue 20%. En el 69, 2% prendió totalmente. Dentro de las complicaciones destaca la infección autolimitada en el 46%. El promedio de días de hospitalización fue de 52 días. El seguimiento promedio de los pacientes fue 20 meses, con cicatrices hialinas sin retracciones en la mayoría.

Conclusiones: El uso de Integra® en niños está indicado en múltiples patologías que requieren cobertura cutánea tanto en lesiones agudas como reconstrucción de secuelas. Constituye una importante herramienta para el tratamiento de estos pacientes, por lo que debería ser accesible en todas las unidades de plástica y quemados.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Estudio Comparativo con Técnicas de Trott y Muliken en Fisura Bilateral de Labio Completa

Autores: Drs. Giugliano Carlos, Monasterio Luis, Sprohnle Viviana, Hasbun Andrea

Introducción: El registro histórico de pacientes de la Fundación Gantz muestra que el 77% de las consultas corresponden a fisurados de labio, de los cuales el 29% son fisuras bilaterales (LLB). De los LLB, el 66% son fisuras completas con compromiso del labio, alveolo y paladar. Estas cifras concuerdan con la experiencia internacional.

En la década de los 90, se producen cambios importantes en el manejo de LLB, destacándose la incorporación de la ortopedia pre-quirúrgica y la reparación quirúrgica sincrónica del labio con rinoplastía primaria en LLB completos. Se destacan las técnicas de McComb 1990, Trott 1993, Mulliken 1992-1995 y Cutting 1998.

Objetivo: Evaluar resultados y complicaciones de las técnicas quirúrgicas de Trott y Mulliken para la reparación de LLB completos con rinoplastía primaria simultánea.

Pacientes y Métodos: Estudio retrospectivo y correlativo desde agosto 2002 a marzo 2007, en 75 pacientes portadores de LLB, operados en Fundación Gantz por los autores con técnicas estandarizadas. Análisis de resultados del seguimiento clínico y fotográfico según evaluación objetiva mediante escala de Chelsea-Santiago. Estadísticas con Test de Fisher-Irwing.

Resultados: 56 casos fueron hombres y 19 mujeres. El diagnóstico fue 7 LLB incompletos y 68 LLB completos. Seguimiento promedio 32 meses (3m-55m). El 56% recibió ortopedia prequirúrgica. El promedio de edad quirúrgica fue 5,2 meses (3m-14m). La técnica quirúrgica se analizó en 45 casos con seguimiento adecuado, 25,9% (15) Mulliken y 51,7% (30) Trott. En ambos grupos mayoritariamente se agruparon los casos en las categorías 0 y 1 en el análisis del labio y la nariz (excelente y bueno). Las dos técnicas no mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$). Complicaciones se observaron en el 6,65% de los casos (Trott 2 y Mulliken 2).

Discusión: Ambos métodos quirúrgicos analizados son seguros y reproducibles, bien tolerados y con bajas complicaciones. Los resultados indican que la mayoría de los pacientes con ambas técnicas tienen bajas probabilidades de ser reoperados, al menos de requerir grandes revisiones secundarias. Consideramos que estas dos técnicas que incluyen rinoplastía primaria son capaces de borrar ya en el post operatorio inmediato, el estigma nasal característico de esta compleja malformación.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

INFLUENCIA DE LA DISTRACCIÓN MANDIBULAR PRECOZ EN RELACIÓN AL DESARROLLO DEL LENGUAJE EN PACIENTES PIERRE ROBIN

Autores: Morovic CG, Palomares M, Vidal C, Florín C
Unidad de Cirugía Plástica, Hospital Luis Calvo Mackenna
Santiago, Chile

Introducción: La Secuencia de Pierre Robin (SPR) se caracteriza por micrognatia, obstrucción respiratoria y fisura velopalatina. La distracción mandibular es un procedimiento efectivo para resolver la obstrucción respiratoria y dificultad de alimentación a una edad precoz.

Objetivo: Investigar la influencia de la distracción ósea en los resultados de lenguaje de estos pacientes.

Material y Método: Estudio retrospectivo, comparando la evolución post operatoria de palatoplastía y su resultado funcional en relación al lenguaje, entre pacientes SPR con antecedente de distracción ósea versus fisuras palatinas aisladas no sindromáticas.

También se incluyeron al grupo SPR, pacientes con obstrucción leve al nacer que no ameritaron distracción ósea. En ambos grupos se analizó edad operatoria de palatoplastía, presencia de complicaciones precoces (obstrucción respiratoria, fistulas).

La evaluación del lenguaje la realizó fonaudióloga con experiencia mediante pauta de evaluación oral e instrumental. Se asignó puntaje según lenguaje: 0 lenguaje normal, I IVF límite, II IVF clínica. Se registró los que requirieron faringoplastia y eventual complicaciones obstructivas postoperatorias.

Resultados: Se analizaron 136 pacientes, de los cuales 92 cumplían con los criterios de inclusión, 50 pacientes con Fisura palatina aislada (FVP), 42 pacientes con SPR. Edad media de palatoplastía fue de 10 meses (ambos grupos). Sin casos de obstrucción respiratoria postoperatoria. Fístula asintomática SPR 3, y FVP 3 (9.1%). La evaluación del habla se realizó en 64 pacientes, 31 SPR y 33 FVP. Lenguaje normal: SPR 24/31 (77, 4%), FVP 28/33 (81.8%). IVF SPR 7/31 (22, 5%), FVP 6/33 (18.1). Faringoplastia SPR 5/31 (16%), FVP 4/33 (12%), edad media de cirugía 4 años 6 meses (SPR) y 5 años 5 meses (FVP), sin complicaciones obstructivas.

Conclusiones: La distracción mandibular precoz en SPR, amplía el espacio retrofaringeo corrigiendo las causales anatómicas de obstrucción respiratoria. Estas condiciones se mantienen a largo plazo permitiendo el cierre del paladar a la misma edad que los pacientes con FP aislada no presentando complicaciones obstructivas post operatorias y logrando así, resultados del habla similares en ambos grupos. Estas condiciones favorables persisten ante la necesidad de realizar faringoplastia.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Modificaciones al Colgajo de Abbe en la cirugía secundaria de la Fisura Labio Alveolo Palatina

Autores: Rosa Rellini R.E.

Clínica de Labio y Paladar, Hospital San Gabriel - La Paz, Bolivia

Clínica de Labio y Paladar, ASONGS Cochabamba; Proyecto Ayninakuna. - Cochabamba, Bolivia

Introducción: Es conocido que las incisiones quirúrgicas quebradas resultan en cicatrices menos aparentes y retráctiles que las incisiones rectas. Esta norma nos ha motivado a aplicar el principio del colgajo triangular inferior en el diseño del colgajo de Abbe, en la cirugía secundaria de la fisura labio alveolo palatina. Por otra parte es evidente también, que en los varones, la rotación de un colgajo de Abbe determina que la dirección del crecimiento del bigote sea en sentido contrario en el colgajo, que en las porciones laterales, lo que atenta contra la estética del resultado; por ello hemos rotado colgajos desepitelizados, esto es de solamente músculo y mucosa, conservando la piel original del labio; ambas modificaciones, juntas o por separado, no las hemos encontrado descritas en la literatura.

Pacientes y métodos: Se presentan los resultados en cinco pacientes 2 mujeres y 3 varones. En el diseño del colgajo de Abbe se aplicó el principio del colgajo triangular inferior (Tennison), en todos los pacientes. En 2 de los 3 varones se rotó el colgajo desepitelizado.

Resultados: Son evidentes los buenos resultados, con cicatrices poco aparentes, buen volumen y funcionalidad del los labios blanco y rojo, así como una significativa mejoría en la estética, particularmente en el perfil. La ausencia de cicatrices retráctiles, así como la orientación del crecimiento del bigote coadyuvan en una apariencia estética global muy satisfactoria.

Conclusiones: Estas modificaciones, al trazado y la manera de rotar el colgajo de Abbe, contribuyen a un mejor resultado estético y funcional en los casos en los que sean aplicables. El principio del colgajo triangular inferior (Tennison), diseñado bilateralmente en el colgajo, es posible merced a la irrigación garantizada por el pedículo. Este diseño no es posible en la cirugía primaria si la distancia entre los vértices de los colgajos triangulares no es la suficiente, obligando a la cirugía del labio en dos tiempos o a un filtrum demasiado ancho. La conservación de la piel original del labio, en los casos en los que ello sea posible, conserva la orientación del crecimiento del bigote contribuyendo a un labio blanco de aspecto mas natural.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Nuestra Estrategia de Manejo de la Fisura Labio Alveolo Palatina Bilateral (FLAP BILAT)

Autores: Rosa Rellini RE.

Clínica de Labio y Paladar, Hospital San Gabriel - La Paz, Bolivia

Clínica de Labio y Paladar, ASONGS Cochabamba; Proyecto Ayninakuna. - Cochabamba, B

Introducción: Cualquier estrategia de manejo de éste tipo de fisura debe cumplir con los objetivos generales del tratamiento de las fisuras labio alveolo palatinas: a) la mejor estética posible del labio y la nariz; b) habla completamente normal; c) precautelar el adecuado crecimiento de los maxilares; d) con el menor número de procedimientos.

Hay una gran cantidad de estrategias para su manejo, de acuerdo a las diferentes escuelas. En nuestras clínicas, hemos desarrollado nuestra propia estrategia, que la consideramos óptima y que cumple cabalmente con todos los objetivos señalados.

Pacientes y métodos: Se presenta la técnica operatoria y los resultados en los 50 últimos paciente operados con ésta estrategia, evaluando la estética y funcionalidad de la nariz, el labio y el paladar y la incidencia de fistulas en el paladar duro.

Esta estrategia consiste en solamente dos tiempos quirúrgicos:

1° PLASTIA DE COMPLEJO NASO LABIAL UNILATERAL + CIERRE DEL PISO NASAL CON PIEL ENDONASAL + CIERRE DEL PALADAR DURO CON COLGAJOS VOMERIANOS BILATERALES.

2° PALATOPLASTIA + PLASTIA DEL COMPLEJO NASO LABIAL DEL OTRO LADO

La PLASTIA DEL COMPLEJO NASO LABIAL se la realiza con la técnica de Tennison-Randall, modificada.

La PALATOPLASTIA se la realiza con la técnica de Wardill-Kilner, enfatizando en una muy cuidadosa veloplastia intravelar.

Resultados: Esta estrategia, en su simplicidad, permite una adecuada estética y funcionalidad de la nariz y el labio, prepara la anatomía de forma de no interferir con la aplicación de aparatos de ortopedia máxilofacial, reduce la mínimo la incidencia de fistulas en el paladar duro, precautela un adecuado crecimiento de los maxilares, prepara el paladar para una palatoplastia exitosa y consigue un habla normal. Prescinde de la ortopedia prequirúrgica que, al aproximar los elementos anatómicos comprometidos en la malformación, dificultan la práctica de las técnicas quirúrgicas utilizadas en ésta estrategia. Es aplicable a cualquier variedad de malformación, independientemente del tamaño del prolabio y de la protrusión de la premaxila.

Conclusiones: La simplicidad de ésta estrategia y los muy buenos resultados que brinda, la hacen aconsejable para el manejo de la FLAP BILAT.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

SUFICIENCIA VELOFARÍNGEA Y ALARGAMIENTO DEL PALADAR BLANDO

Autores: Montecinos, G; Iturriaga, P; Silva, P; Reyes, J.
Hospital Temuco
Temuco, Chile

Resumen: Nuestros resultados en reparaciones velares en cuanto a voz y habla han sido poco satisfactorios, detectando un 20% de insuficiencia velofaríngea (IVF) con el procedimiento de Von Langenbeck-Kriens. La literatura presenta mejores resultados si se usa la técnica de dobles zetas opuestas difundida por Furlow, al producir un velo largo y móvil. Motivados por ello, diseñamos un plan prospectivo de Furlow-veloplastia para evaluar la suficiencia velofaríngea lograda una vez completado el plan de rehabilitación fonoaudiológica post-cirugía. La técnica la efectuó el mismo equipo quirúrgico, con iguales materiales de sutura. Todos los pacientes siguieron un programa de rehabilitación fonoaudiológica desde el primer mes postoperatorio, prolongado por 6 meses y efectuado por el mismo experto. La evaluación de resultados anatómicos y funcionales tardíos se hizo un año después de la cirugía, por Cirujanos, Otorrinólogos y Fonoaudiólogo, con un protocolo que consideró complicaciones inmediatas y tardías, movilidad y longitud velar, defectos articulatorios, escape nasal y nasofaringoscopia (NFC). Se consideró una BUENA SUFICIENCIA VELAR cuando no se detectó escape nasal con buena articulación de sonidos y con completo cierre velofaríngeo. Presentamos nuestra experiencia de 5 años en 2 grupos de pacientes: Grupo A, 30 pacientes con fisuras velares de menos de 10 milímetros de ancho; grupo B, 20 pacientes con fisuras velares de más de 10 milímetros de ancho. Obtuvimos un buen resultado en el 93% de los pacientes en grupo A, y un 30 % en los pacientes en grupo B. Concluimos que la técnica de Furlow da adecuada suficiencia velofaríngea sólo en fisuras velares de menos de 10 milímetros en ancho. Por ello, la recomendamos. Las fisuras mayores de 10 milímetros de ancho requieren de otras técnicas que le aseguren al paciente una mejor suficiencia velofaríngea.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TÉCNICA DE NAKAJIMA PARA EL TRATAMIENTO DE LA FISURA LABIO PALATINA UNILATERAL. EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE UN CIRUJANO EN 40 CASOS CONSECUTIVOS

Autores: Ford A, Monasterio L, Conejero A, Tastets ME, García J
Clínica Las Condes, Fundación Gantz, Clínica Alemana
Santiago, Chile

Introducción: Técnica descrita en British Journal of Plastic Surgery en 1993 por el Dr. Nakajima. Adoptamos esta técnica motivados por la insatisfacción con la técnica de Millard por problemas como: 1. Acortamiento del labio en lado operado; 2. Confluencia de cicatrices; 3. Cicatriz en la base ala nasal fisurada; 4. Cicatriz que no recrea cresta filtral contralateral.

Pacientes y Metodo: Seleccionamos fotografías post operatorias de 40 pacientes consecutivos operados por un cirujano. Casos fueron evaluados en presentación en power point en fotografías de frente y basal usando la Escala de Chelsea- Santiago para evaluación de labio y nariz (validada previamente). Esta asigna un puntaje de 0 - 3 donde 0 es excelente y 3 es malo. Evaluación fue realizada por 2 enfermeras en forma independiente en 2 ocasiones. Se obtuvieron resultados promedio para el labio y nariz para cada evaluador y para ambos evaluadores. Los puntajes promedio se ordenaron en 5 categorías: Excelente = 0, Muy Bueno < 1, Bueno = 1, Regular < 1 > =2, Malo >2 = 3.

Resultados: Hubo 33 fisuras labiopalatinas completas, 6 fisuras labiopalatinas incompletas y 1 fisura labial completa. Seguimiento entre 1 a 5 años 5 meses. Para el labio se encontró un 7,5% de casos excelentes, 87,5% de casos muy buenos y 5% de casos buenos. En la nariz hubo un 2,5% excelente, 40% muy buenos, 12,5% buenos y 45% regular.

Conclusiones: La técnica dio excelente y muy buenos resultados en el labio en 95% de los casos. La cicatriz varió entre excelente, muy buena y buena en el 100% . Los resultados de la nariz fueron buenos, muy buenos y excelentes en el 55%.

Discusión: Recomendamos la técnica de Nakajima para el tratamiento de la fisura labio palatina unilateral. Seguimos buscando resultados masa estable para la nariz.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Colgajo Faríngeo Desepitelizado : Un Refinamiento Técnico Util y Reproducible para el Tratamiento Quirúrgico de la Insuficiencia Velofaríngea

Autores: Drs. Giugliano Carlos, Troncoso Pilar, Hasbun Andrea, Danilla Stefan flgas: Palomares Mirta, Alvarez Drina

Introducción: La insuficiencia velofaríngea (IVF) secundaria a palatoplastía es reportada en la literatura entre un 10 y un 20%. El diagnóstico de la IVF con indicación quirúrgica se realiza mediante la evaluación fonoaudiológica y la nasofaringoscopia (NFC) en fonación. La técnica de faringoplastía mayormente utilizada es el colgajo faríngeo de base superior. Esta cirugía no está exenta de complicaciones y una de las más temidas es la dehiscencia del colgajo. El objetivo del presente trabajo es comunicar una modificación de la técnica quirúrgica habitual para disminuir este riesgo.

Material y método: Se analizan las fichas clínicas de 50 pacientes portadores de IVF operados por un solo cirujano (autor) atendidos en el Hospital de Niños Roberto del Río y la Fundación Gantz entre los años 2003 y 2008. Todos los pacientes tenían indicación de colgajo faríngeo de base superior. La modificación quirúrgica consistió en una desepitelización del tercio distal del colgajo, el cual es instalado en un bolsillo en el velo del paladar, mediante una incisión transversal en su borde posterior. Se evalúan los resultados quirúrgicos y fonoaudiológicos.

Resultados: En 48 de los 50 pacientes intervenidos se observó mejoría de la IVF. Las complicaciones fueron observadas en 3 casos. Sólo uno de los pacientes presentó una dehiscencia del colgajo y en 2 casos se observó granulomas de la zona dadora.

Discusión: La complicación consistente en dehiscencia del colgajo faríngeo en pacientes portadores de IVF es una condición indeseable dado que implica la no mejoría de su problema y la necesidad absoluta de realizar una reintervención en condiciones de pronóstico quirúrgico muy desfavorable al estar la pared posterior faríngea con cicatrices previas. La baja incidencia de dehiscencia del colgajo faríngeo en esta serie, nos sugiere que la modificación técnica utilizada es útil para disminuir el riesgo de esta complicación.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

CORRELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSUFICIENCIA VELO FARINGEA Y LA MAGNITUD DEL DEFECTO ANATÓMICO EN PACIENTES CON FISURA PALATINA

Autores: Drs: Giugliano Carlos, Acosta Silvana, Cuadra Alvaro, Danilla Stefan, Claire Pilar, Hasbun Andrea. Flgas: Palomares Mirta, Alvarez Drina.

Introducción: El pronóstico fonoaudiológico postpalatoplastia depende de varios factores entre los que destacan la edad y la técnica quirúrgica, la rehabilitación fonoaudiológica adecuada y el tipo de fisura palatina

Objetivo: Determinar si existe correlación entre la magnitud del defecto anatómico de la fisura palatina y el grado de insuficiencia velo faringea (IVF).

Métodos: Estudio retrospectivo de correlación realizado en el hospital Roberto del Río y la Fundación Gantz. Se revisaron las fichas de 70 pacientes operados de fisura palatina excluyendo a los sindrómicos. Los casos se clasificaron según la magnitud del defecto anatómico y la IVF se cuantificó con la escala modificada de McWilliam. Se utilizó el test de correlación de Spearman y regresión logística ordinal. Utilizando un nivel alfa de 5%.

Resultados: Cuarenta y nueve (71.4%) pacientes tuvieron fisura completa (derecho, izquierdo o bilateral), 37 pacientes (53%) tuvieron un puntaje de IVF 0, 2 un puntaje mayor a 7. No se encontró correlación entre la magnitud del defecto anatómico y el grado de IVF. Se encontró correlación entre la edad de la cirugía y el magnitud de la IVF. (Spearman: 0,3432; $p=0,0158$).

Conclusión: En la muestra estudiada se observó que a mayor edad de la cirugía, peor pronóstico fonoaudiológico. El resultado no se vio influido por la magnitud del defecto anatómico.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

ESTUDIO DEL CRECIMIENTO MAXILAR EN PACIENTES PORTADORES DE FISURA LABIO-ALVEOLO-PALATINA UNILATERAL CON Y SIN GINGIVOPERIOSTIOPLASTÍA

Autores: Drs. Francisca Uribe, Loreto Castellon, Carmen Gloria Morovic, Macarena Morales, Carlos Fuenzalida
Servicio Máxilo-Facial, Hospital Luis Calvo Mackenna
Santiago, Chile

La Fisura Labio-alveolo-palatina (FLAP) es una malformación congénita frecuente que provoca alteraciones del crecimiento maxilar debido a las múltiples cirugías a las que son sometidos estos pacientes. La Gingivoperiostioplastia (GPP) es un procedimiento que consiste en elevar colgajos mucoperiosticos para el cierre de la fisura alveolar en conjunto con la queiloplastia primaria. Su objetivo es permitir la neoformación ósea en la fisura alveolar. Existe gran controversia acerca de las alteraciones del crecimiento que provoca la GPP. Se realizó un estudio retrospectivo con el objetivo de evaluar el crecimiento sagital maxilar en pacientes portadores de FLAP unilateral, intervenidos quirúrgicamente con y sin GPP. Se incluyeron 14 pacientes, de los cuales 6 tenían GPP previa y 8 no tenían GPP previa. Se obtuvieron telerradiografías de perfil de cada paciente, sobre las cuales se realizó un análisis cefalométrico. Las variables evaluadas fueron; la posición sagital del maxilar con respecto al cráneo, la posición del maxilar con respecto a la mandíbula y el ángulo de convexidad facial. Los resultados indicaron relaciones máxilo-mandibulares más favorables y perfiles más convexos en el grupo con GPP. El presente estudio concluye que la GPP no produce alteraciones del crecimiento sagital maxilar.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Faringoplastía en Niños Portadores de Síndrome Velocardiofacial

Autores: Drs. Giugliano Carlos, Hasbun Andrea, Troncoso Pilar

Introducción: El Síndrome Velocardiofacial (SVCF) puede tener fisura palatina (67% submucosa), cardiopatía congénita y fascie característica. En la edad preescolar puede presentar Insuficiencia Velofaríngea (IVF) secundarias a su faringe ancha, adenoides hipoplásicos, movimientos disminuidos de las paredes faríngeas laterales y fisura submucosa de velo. De las técnicas quirúrgicas utilizadas para el tratamiento de la IVF en estos pacientes, el colgajo faríngeo es el más frecuente.

El objetivo del trabajo es evaluar los resultados quirúrgicos y funcionales en pacientes portadores de SVCF y que presentan IVF con indicación quirúrgica, los cuales fueron sometidos a faringoplastía.

Pacientes y métodos: Se revisan las fichas clínicas de 18 pacientes con diagnóstico genético de SVCF, entre los años 2004 y 2007, atendidos en la Fundación Gantz y en el Hospital Roberto del Río. La categorización de la IVF se realizó mediante la evaluación fonoaudiológica pre y postoperatoria. Todos los pacientes se sometieron a nasofaringoscopia (NFC) preoperatoria para confirmar la indicación quirúrgica y para definir la técnica adecuada a cada caso. En todos los pacientes se realizó faringoplastía ajustada a la condición anatómica y funcional en fonación individual. Las intervenciones quirúrgicas fueron realizadas por un sólo cirujano (autor). Se analizan los resultados quirúrgicos y la evaluación fonoaudiológica postoperatoria.

Resultados: El grupo lo constituyen 10 mujeres y 8 hombres con un promedio de edad de 8 años (rango 6 a 13).

El hiato residual más observado fue el coronal en 10 pacientes. Colgajo faríngeo se realizó en 16 casos (13 anchos) y Faringoplastía esfinteriana en 2 casos. La evaluación fonoaudiológica mostró mejoría en 14 pacientes cumpliendo criterio de alta (Score < 2 puntos). Sólo 2 pacientes requirieron reoperación por IVF persistente con buena respuesta. No se presentaron complicaciones.

Discusión: La elección de la técnica quirúrgica en un paciente portador de SVC con IVF secundaria siempre debe ser individualizada en base a los hallazgos de la NFC funcional para obtener buenos resultados como los observados en esta serie. Hemos comprobado que el colgajo faríngeo ancho es la técnica quirúrgica más eficiente.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

FRACTURAS DE TERCIO MEDIO FACIAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Autores: Badillo Coloma, Óscar; Duarte Meza, Valentina; Osben Moreno, Roberto
Hospital Carlos Van Buren
Valparaíso, Chile

Introducción: En los últimos años se han producido grandes avances en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los traumatismos faciales en niños. Comparados con los adultos, los patrones de fractura y la frecuencia de lesiones asociadas son semejantes, sin embargo su prevalencia es mucho menor. La dificultad diagnóstica se relaciona con el componente afectivo asociado al impacto familiar de dichas lesiones y a las especiales características del esqueleto facial.

Objetivos: Evaluar la sistemática de tratamiento en pacientes pediátricos afectados por trauma de tercio medio facial. Establecer criterios a considerar en la planificación de tratamiento quirúrgico.

Pacientes y métodos: Se presenta una serie de casos de pacientes afectados por traumatismos craneofaciales, en donde se plantea la sistemática de tratamiento considerando las decisiones terapéuticas tomadas, enfocadas a disminuir las probables secuelas asociadas a la manipulación quirúrgica de zonas de crecimiento del esqueleto facial, y su seguimiento en el tiempo.

Discusión: Los patrones de lesiones maxilofaciales pediátricas varían con el desarrollo. La proporción craneofacial en niños implica una mayor tendencia a sufrir lesiones craneales, por lo que hay una mayor prevalencia de fracturas orbitarias asociadas.

Conclusión: En el caso de los traumatismos que afectan al tercio medio facial, la literatura plantea una asociación directa con traumatismos craneales, por lo que el diagnóstico y la planificación de tratamiento debe considerar el trabajo de equipos multidisciplinarios

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Manejo Quirúrgico de la Insuficiencia Velofar Ingea en Pacientes Fisurados mayores de 15 años (Adultos)

Autores: Drs. Giugliano Carlos, Hasbun Andrea
Flgas. Álvarez Drina, Palomares Mirta

Introducción: La cirugía primaria del paladar en pacientes fisurados debe lograr una adecuada función velofaríngea. La literatura describe aproximadamente entre un 10 a un 20% de Insuficiencia velofaríngea (IVF) residual. El colgajo faríngeo y la faringoplastia esfinteriana son las técnicas quirúrgicas más frecuentemente utilizadas, realizándose habitualmente entre los 4 y 10 años de edad. En nuestro grupo podemos lograr resultados normales a nivel de la voz y habla en aproximadamente un 90% de los casos en este grupo etario. Existe escasa información en la literatura y es una creencia general entre los especialistas en fisurados que los pacientes adultos portadores de IVF residual tienen siempre un mal pronóstico quirúrgico con escasas posibilidades de rehabilitación.

El Objetivo del presente trabajo es evaluar los resultados quirúrgicos y las complicaciones en pacientes mayores de 15 años portadores de IVF residual.

Material y Método: Se realiza un estudio prospectivo de los resultados del habla y la voz en pacientes mayores de 15 años de edad, portadores de IVF residual, con indicación quirúrgica y sometidos a faringoplastia, durante un período de 3 años (2006 – 2009) , atendidos en el Hospital Roberto del Río, Clínica Alemana y Fundación Gantz. Todos los pacientes fueron intervenidos por un solo cirujano (autor). Se analizaron los resultados quirúrgicos. La evaluación fonaudiológica y la nasofaringoscopia (NFC) se efectuaron en el pre y postoperatorio.

Resultados: se realizaron 12 faringoplastias en pacientes mayores de 15 años. La técnica utilizada fue el colgajo faríngeo. La media de edad fue de 20 años. El 100% de los pacientes presentó mejoría postoperatoria de la IVF. Todos los pacientes con articulación normal preoperatoria (5 casos), lograron voz normal y cumplieron criterio de alta . Los pacientes con articulación compensatoria (7 casos), mejoraron su voz hasta rangos límites sin cierre completo en la NFC, pero luego de terapia de Feedback por alrededor de 4 meses logran cierre completo en habla inducida. No se presentaron complicaciones quirúrgicas. **Discusión:** El paciente con IVF mayor de 15 años, adecuadamente estudiado, merece la opción quirúrgica como posibilidad terapéutica y no está condenado a un mal pronóstico a priori.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

SERIES CLÍNICAS USO DE ESTEREOLITOGRAFÍA EN EL MANEJO DE TUMORES DE LOS MAXILARES EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

Autores: Castellón Zirpel ML; Fariña Sirandoni R; Plaza Álvarez C.; Martinovic Guzmán G; Fuenzalida Kakarieca C.
Hospital Exequiel González Cortés; Hospital Luis Calvo Mackenna
Santiago, Chile

Introducción: La Estereolitografía (SLA) es una técnica mediante la cual, se obtiene una réplica exacta de la arquitectura ósea, estos modelos son creados a partir de un TAC, procesados en un computador y confeccionados con materiales plásticos fotopolimerizables. Esta técnica tiene múltiples aplicaciones en cirugía, tales como, la reconstrucción tridimensional de algún defecto o deformación ósea, permitir moldear placas de reconstrucción en pacientes portadores de tumores mandibulares, con lo que logramos una planificación acuciosa y nos ayuda a dimensionar requerimientos para nuestros injertos.

Objetivo: Mostrar tratamientos reconstructivos usando la técnica de (SLA) como base para la reconstrucción post hemimandibulectomía.

Pacientes y Método: Se realizará una revisión de la literatura y se presentan 5 pacientes pediátricos, que poseen tumores deformantes mandibulares, a los cuales se les realizó una hemimandibulectomía, usando la (SLA) como modelo para realizar previamente el ajuste de la placa de reconstrucción, para luego traspassarla al paciente. Resultados Todos los pacientes tuvieron una reconstrucción satisfactoria, siendo la (SLA) un aporte importante en la planificación y en el procedimiento quirúrgico propiamente tal.

Conclusión: El uso de la (SLA) en la planificación quirúrgica tiene múltiples ventajas, permitiendo la educación del paciente; permitiendo la visualización tridimensional del defecto o tumor; permite facilitar el procedimiento quirúrgico propiamente tal para el cirujano; y disminuye el tiempo operatorio.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Distracción Ósea Transmaxilar : Caso Clínico en Síndrome de Apert

Autores: Drs. Giugliano C, Hernandez M, Acosta Si, Hidalgo M , Gutierrez C.
Santiago, Chile

Introducción: La hipoplasia o retrusión severa del tercio medio de la cara es un problema complejo de solucionar especialmente en los fisurados y en los síndromes craneofaciales . Las alternativas clásicas son la cirugía ortognática y el uso de distractores externos rígidos tipo RED. En los últimos años Liu en Taiwán y Margaride en Argentina desarrollaron la técnica de avance segmentario anterior del maxilar con aparatos intraorales.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es mostrar la experiencia de DO transmaxilar en un paciente portador de síndrome de Apert mediante el uso de un distractor intraoral modificado.

Paciente y Método: Se trata de un paciente de 13 años de edad portador de síndrome de Apert con retrusión del maxilar superior de 15 mm, que consulta en la unidad de cirugía plástica del Hospital Roberto del Río. Se interviene mediante osteotomía transmaxilar anterior con límite vertical entre caninos y premolares. Se instala aparato intraoral modificado de acrílico cementado a las piezas dentarias con dos tornillos tipo disyuntor.

Resultado: No hubo complicaciones de la cirugía, se inicia la DO al cuarto día postoperatorio, logrando el avance anterior del segmento maxilar planificado de 15 mm con sobrecorrección. La fonación no fue alterada.

Discusión: Se trata de experiencia preliminar, donde logramos el objetivo planificado , bien tolerado y sin incidentes. Las ventajas en relación a los métodos clásicos en esta problemática es que no se requiere una Le Fort I tradicional que conlleva la posibilidad de más complicaciones, no altera el esfínter velofaríngeo y usa un aparato de DO menos visible y mucho más económicos que los tipo RED.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**PROTOCOLO ORTODÓNCICO – QUIRÚRGICO PARA INJERTOS
ALVEOLARES SECUNDARIOS EN PACIENTES PORTADORES DE FISURA
LABIO-ALVEOLO-PALATINA**

Autores: Drs. Loreto Castellón, Rodrigo Fariña, Noemí Leiva, Loreto Lennon
Hospital Luis Calvo Mackenna
Santiago, Chile

Resumen: Los injertos óseos alveolares en los pacientes portadores de fisura labial, alveolar y palatina son fundamentales desde el punto de vista funcional y estético. El injerto óseo secundario se realiza entre los 8 y 12 años de edad para permitir la erupción del canino permanente a través de éste. Se ha descrito en la literatura que el injerto alveolar secundario es el más predecible y no altera el crecimiento de los maxilares, pero es fundamental controlar los factores que inciden en la reabsorción del injerto. En el presente trabajo se plantea un protocolo para realizar injertos óseos alveolares minimizando los factores de reabsorción de éste, obteniendo así una mayor tasa de éxito. El protocolo consiste en estandarizar los procedimientos pre-operatorios, intra-operatorios y post-operatorios hasta 1 año después de realizado el injerto. Después de realizar el injerto se deben movilizar las piezas dentarias hacia el injerto o instalar implantes óseo integrados como estímulo funcional para evitar la reabsorción. La utilización de un protocolo para el tratamiento de las fisuras alveolares nos permitirá estandarizar los procedimientos y evaluar los resultados. La secuencia de procedimientos y el manejo pre y postquirúrgico son tan importantes como los procedimientos mismos.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Veloplast ía Intravelar (VPIV) en la solución de la Insuficiencia Velofaríngea (IVF).

Autores: Rosa Rellini RE.

Clínica de Labio y Paladar, Hospital San Gabriel - La Paz, Bolivia

Clínica de Labio y Paladar, ASONGS Cochabamba; Proyecto Ayninakuna. - Cochabamba, Bolivia

Introducción: En los casos que quedan con IVF después de la palatoplastia, se ha puesto mucho énfasis en la longitud del paladar para su suficiencia; de hecho, se piensa en faringoplastias para su solución, previos estudios endoscópicos y radiológicos. Sin embargo encontramos un signo en el paladar operado, que lo denominamos de la V invertida, detectable a la sola inspección, y mas nítidamente en las fotos, que traduce la inadecuada inserción de los músculos peristafilinos e indica la necesidad de una VPIV, previa a cualquier otro procedimiento. Lo hemos encontrado en paladares con faringoplastia y aún con colgajo faríngeo y sin embargo insuficientes. En éstos casos la VPIV ha solucionado la IVF.

Pacientes y métodos: Se presentan 36 casos de VPIV en pacientes con IVF post palatoplastia y algunos, además, con faringoplastia y/o colgajo faríngeo, y que, pese a ello, presentaban IVF. A todos ellos se les practicó VPIV, con el principio de Wardill-Kilner y a algunos además faringoplastia de Sanvenero Roselli. Se evalúa la calidad del habla posterior a la VPIV comparativamente con la previa.

Resultados: 15 pacientes normalizaron su habla inmediatamente después de la VPIV. Los demás la mejoraron mucho, pero aún se encuentran en tratamiento foniatrico, siendo posible que, luego de concluido, algunos requieran procedimientos complementarios. La edad a la que se practica ésta cirugía, establecida que está el habla con las alteraciones consecuentes, hacen que su normalización dependa en gran medida de un prolongado tratamiento foniatrico luego de la VPIV y su evaluación final se hará al término de éste.

Conclusiones: El signo de la V invertida es útil en la evaluación de los paladares operados. Los 15 pacientes que normalizaron el habla, mas los que la normalizarán al término de la foniatría, son suficientes para justificar ésta conducta.

Algunos de ellos pudieran necesitar procedimientos complementarios, pero está claro que sin al VPIV los procedimientos complementarios hubieran sido infructuosos como lo fueron en aquellos en los que pese a ellos hubo IVF y se corrigió con la VPIV. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de una cuidadosa VPIV en todos los casos de palatoplastia.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

APLASIA CUTIS CONGÉNITA: REPORTE DE 2 CASOS ENTRE PRIMOS HERMANOS

Autores: Drs. Yáñez, J; Troncoso, B; Claire, P; Villegas, S.
Unidad de Plástica y Quemados, Hospital Exequiel González Cortés
Santiago, Chile

Introducción: La aplasia cutis congénita es un grupo de alteraciones caracterizadas por ausencia localizada de epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo. Su etiopatogenia no es clara, pudiendo presentarse en forma esporádica o asociada a síndromes de malformación congénita y displasias ectodérmicas severas. Está presente al nacer y afecta fundamentalmente cuero cabelludo. Puede ser única o múltiple y de tamaño variable. Las lesiones van desde fragilidad cutánea, costras, elementos pseudoampollares y úlceras, hasta cicatrices atróficas. El diagnóstico es clínico y el manejo se basa en tratamiento conservador con curaciones frecuentes, hasta lograr cicatrización total. Se presentan los antecedentes de dos primos, recién nacidos, hijos de primigestas adolescentes, con antecedentes familiares de aplasia cutis.

Reporte de Casos: Caso 1: recién nacido sano evaluado por presentar desde el nacimiento una lesión ulcerosa de aprox. 2% SC en el dorso del pie y en el tobillo izquierdos, rodeada de un halo eritematoso, con zonas cruentas y mamelonadas en el borde interno del pie. La lesión fue manejada con curaciones con hidrocoloides, evolucionando sin complicaciones.

Actualmente, la lesión está cicatrizada. Caso 2: recién nacido sano evaluado por presentar lesión cruenta en pierna y dorso de pie izquierdo, que comprometía 6% SC. Se trataba de una lesión deprimida, con ausencia de piel en la región anterior de la pierna. En tobillo y dorso de pie presentaba lesión ulcerada. Se manejó con curaciones con hidrocoloides, evolucionando con epidermización de algunas zonas, pero con sangramiento ocasional y una cubierta cutánea inestable en dorso de pie, por lo que debió permanecer más tiempo hospitalizado. Actualmente, se maneja de forma ambulatoria con curaciones, en espera del cierre definitivo por segunda intención.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

APORTACIÓN AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y MANEJO DE UNA FISURA LABIAL MEDIA

Autores: Parri F.J., Coloma R., Lerena J., Corradini M., Nuñez B.
Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona
Barcelona, España

Resumen: La fisura labial media es una malformación facial muy poco frecuente (1/10000 RN). Incluso para las unidades especializadas en fisurados el manejo de este tipo de pacientes es de excepción.

Caso Clínico: Varón afecto de fisura labial central completa con ausencia de premaxila y columela, RNM cerebral normal. Tratamiento: Primer tiempo: a los 11 meses de vida. Intubación nasotraqueal con fibroscopio, bajo anestesia general se realiza colgajo vascularizado de labio inferior tipo Abbe modificado, con prolongación para reconstruir la columela. No se practicó traqueostomía. Además se realiza fijación intermaxilar con tornillos transmucosos y bandas elásticas. Extubación a las 48 horas. Permanece ingresado durante 15 días en la unidad de cuidados intermedios, con presencia permanente de los padres y alimentación enteral con sonda nasogástrica. Segundo tiempo: sección del pedículo bajo sedación y anestesia local.

Comentario: El escaso número de casos con esta malformación no permite adquirir experiencia suficiente por lo que es muy importante comunicar la propia. En nuestro caso han sido positivas una pequeña modificación en el diseño, y el manejo médico sin traqueostomía, pero con vigilancia intensiva. No hemos encontrado utilidad a la fijación intermaxilar.

El paciente seguirá correcciones sucesivas de su labio, nariz y tercio medio facial.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE PACIENTES Pediátrico GRANDES QUEMADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

Autores: Muñoz V., Schellman P., Echevarría P., Weibel A., Aliaga J.
Hospital Regional de Antofagasta
Antofagasta, Chile

Introducción: El manejo de los pacientes grandes quemados siempre es un desafío, actualmente en Chile su manejo esta protocolizado, considerando la derivación a centros de referencia capitalinos. El objetivo de este trabajo fue evaluar nuestra realidad local

Materiales y Método: Se revisaron las fichas de los pacientes quemados hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos pediátrico (UCIP) del Hospital Regional de Antofagasta entre enero del 2002 y junio del 2009. Se aplica protocolo previamente diseñado.

Resultados: El total de niños hospitalizados en UCIP el período estudiado fue de 58, de estos se excluyeron 7 por no corresponder el diagnóstico, y 1 por no disponer de la ficha. Los pacientes fueron 70% hombres, el rango de edad fue de 7 meses a 14 años 10 meses, siendo el promedio de 3 años 4 meses. El 76% de las quemaduras fueron por líquidos calientes. El 30% de los pacientes fue derivado desde otra ciudad de la región. La superficie corporal quemada fue en promedio de 19%, siendo el rango desde 6 a 48%. El índice de gravedad fue severo en 74%, crítico en 20% y sobrevida excepcional en el 6%. En cuanto al tratamiento un 4% requirió escarotomía. Se le realizó escarectomía e injerto al 62%, realizándolos entre los día 4 al 16 postquemadura. El tiempo de hospitalización fue en promedio 17 días (rango 1 a 42 días). 6 pacientes (12%) fueron derivados a Santiago. El 40% presentó complicaciones siendo la mayoría infecciosas. La tasa de mortalidad fue de 0%.

Conclusión: La gran mayoría de los pacientes grandes quemados pediátricos se manejan en nuestro hospital, teniendo un manejo similar al descrito en los hospitales de referencia de nuestro país.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**FASCITIS NECROTIZANTE TRATADA CON SISTEMA DE ASPIRACIÓN
NEGATIVA (VAC®): CASOS CLÍNICOS**

Autores: Drs. Turenne D; Villegas S; Claire P; Yáñez J; Caballero B.
Hospital Pediátrico Dr. Exequiel González Cortés
Santiago, Chile

Introducción: La Fascitis Necrotizante es una infección grave de tejidos blandos, de progresión rápida hacia la necrosis, que compromete principalmente la fascia y tejido subcutáneo, pero también puede extenderse hacia músculo y la piel. Esta condición poco frecuente, se acompaña de una gran toxicidad sistémica y se caracteriza por tener una alta mortalidad. La mortalidad reportada varía entre un 6% a un 76%, dependiendo de los factores de riesgo asociados, entre ellos comorbilidad, edad avanzada, desnutrición y retraso en la cirugía. Lograr un buen resultado implica realizar una planificación de tratamiento estratégica a la medida del paciente. Se revisan 2 casos clínicos que grafican este enfrentamiento terapéutico.

Descripción de Caso: Caso 1: paciente de 8 años, con antecedentes de Parálisis Cerebral, síndrome de West, Desnutrición crónica. Ingresó a este centro con diagnóstico de Pleuroneumonía derecha, instalándose drenaje pleural al ingreso. El 7º día de hospitalización el paciente evoluciona con deterioro significativo de su estado general, fiebre, exantema y empastamiento doloroso de la piel del hemitronco derecho, y aumento de sus parámetros infecciosos. Se planifica realizar debridamientos agresivos y precisos que no aumenten el riesgo del paciente y una reparación por etapas, utilizando VAC® (Vaccum Assisted Closure), Heteroinjerto de banco e Injerto (IDE) diferido.

Caso 2: paciente de 6 años con antecedentes de DM tipo 1, ingresa a este centro derivada desde otro hospital por una Varicela complicada con una Fascitis Necrotizante. En este centro se realizaron 2 debridamientos, utilizándose VAC® precozmente y a las 2 semanas se cubre con Integra®, continuándose con aspiración negativa. 3 semanas después se cubre Integra con injerto. Ambos pacientes lograron la sobrevida y una cubierta cutánea estable en un plazo cercano al mes de evolución.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Fístula Salival en Reconstrucción Auricular , una complicación poco habitual

Autores: Morovic CG, Florín C

Unidad de Cirugía Plástica Reconstructiva, Hospital Luis Calvo Mackenna
Santiago, Chile

Introducción: La reconstrucción auricular es un procedimiento frecuente el cual no está exento de complicaciones. Las más frecuentes están relacionadas con la vitalidad del colgajo. Sin embargo, la aparición de una fístula salival es una complicación muy rara y con poco reporte en la literatura. Se presentan 2 casos clínicos y su tratamiento.

Casos clínicos: Caso 1. Paciente femenino, 11 años, portadora de microtia lobular. En Octubre 2006 se realiza reconstrucción auricular con injerto costal (Nagata modificada), presentando exposición parcial de cartílago resuelta mediante aseo quirúrgico, sutura y antibióticos. En Junio 2008 se realiza retoque de concha observándose salida de líquido por la concha en relación a ingesta de alimentos al mes postoperatorio. Se constata fístula salival y se indica dieta pobre en cítricos con lo que el flujo disminuye progresivamente. Al control del segundo mes no presenta filtración.

Caso 2. Paciente femenino, portadora microsomnia hemifacial con microtia lobular. Se realiza reconstrucción auricular a los 7 años, presentando infección de zona operatoria resuelta mediante aseo quirúrgico y antibióticos. Posteriormente, se practica profundización de la concha más lipoinyección, presentando salida de líquido con flujo intermitente por zona operatoria, al segundo mes postoperatorio. Ante la persistencia de la sintomatología se realiza fistulografía que confirma trayecto hacia glándula parótida. Se maneja con inyecciones de Botox®, bajo visión ecográfica. Seguimiento con ecografía y nueva fistulografía de control. Se resuelve la sintomatología tras 3 infiltraciones parotídeas.

Revisión del tema: La aparición de fístulas parotídeas se relaciona frecuentemente con trauma o como complicación de ritidectomía, lo que está bien documentado en la literatura. Como complicación en Cirugía de reconstrucción auricular hay un reporte. Su tratamiento es el mismo independiente de su origen. La mayoría de las fístulas presentan resolución espontánea y el principal manejo corresponde a una dieta pobre en cítricos. El tratamiento quirúrgico presenta alta tasa de fracaso. Últimamente se describe el uso de Toxina Botulínica con buen resultado y la posibilidad de repetir el procedimiento en forma segura.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**FISURA LABIOPALATINA BILATERAL BILATERAL CON BASE GENÉTICA:
SÍNDROME DE EEC**

Autores: Coloma R., Parri F.J., Lerena J., Albert A., Palazón P.
Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona
Barcelona, España

Resumen: Los avances en genética clínica están permitiendo diagnosticar un porcentaje cada vez mayor de anomalías genéticas asociadas a fisura labiopalatina. El Síndrome de EEC (Ectrodactyly, Ectodermal Dysplasia and cleft palate/lip) una forma rara de anomalía congénita múltiple, descrito por primera vez en 1936 por Cockaine. Sus características clínicas principales son: ectrodactilia, pelo ralo y seco, obstrucción de las glándulas lagrimales, dientes con forma de clavija, esmalte defectuoso y fisura labio palatina. Puede asociarse además a anomalías, urogenitales y sordera de conducción.

Tiene una herencia autonómica dominante. Se han descrito 2 Formas una ligada al cromosoma 3q27 y otra a mutaciones del gen p63.

Caso 1: Niña de origen africano sin antecedente familiar, embarazo controlado, con diagnóstico antenatal de fisura labiopalatina bilateral. Parto a término, al nacer se observa fisura labiopalatina bilateral completa, con afectación de ectrodactilia en los cuatro miembros, pelo seco y escaso. Se realiza estudio genético en curso. Es evaluada y manejada en forma multidisciplinaria por dermatólogo, odontólogo, oftalmólogo y cirujano plástico infantil.

Caso 2: Niño de origen caucásico sin antecedentes de importancia, embarazo controlado, diagnóstico antenatal de fisura labiopalatina bilateral. Parto a término, al nacer se observa además de fisura labiopalatina bilateral completa, afectación de ectrodactilia en los cuatro miembros, pelo seco y escaso. Se realiza estudio genético en curso. Se maneja en forma multidisciplinaria al igual que el primer caso.

Comentario: Este síndrome es de aparición esporádica, pero muy evidente al asociar la malformación labiopalatina con las malformaciones de los miembros y las secuelas de la displasia ectodérmica. Requiere un manejo multidisciplinario destinado a detectar y manejar precozmente las complicaciones que aparezcan en su evolución. Es importante realizar estudio genético y consejería genética a los padres, por ser de herencia autosómica dominante en la mayoría de los casos.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**HEMANGIOMA GIGANTE DE FACE TRATADO COM INTERFERON-ALFA
RELATO DE CASO**

Autores: Silva FZ., Braz PC., Oliveira LCF., Muñoz PF., Cartum J.
Faculdade de Medicina do ABC- Santo André- SP - Brasil
São Bernardo do Campo, Brasil

Introducción: El hemangioma es un tumor vascular benigno más frecuente en la infancia. Su historia natural es de rápido crecimiento antes de los ocho meses de edad, con la estabilización y regresión de segundo año de vida. Su intervención es necesaria en el 20% de los casos. El objetivo de este estudio es reportar los casos de gigante niño hemangoma cara tratados con interferón alfa.

Presentación del Caso: TBC, hembra, de 4 años, tenía desde su nacimiento, hemangioma cavernoso de la cara, situado en la región maxilar izquierdo, que mide 5x6 cm. Optó por el tratamiento con interferón alfa a una dosis subcutánea de 100.000u/kg/día (máximo 3000000 unidades/día), que tendrá lugar 3 veces por semana durante 6 meses en la Clínica Pediátrica de Oncología, Facultad de Medicina de ABC, Santo André SP-Brasil. Después de un mes de tratamiento, hubo una reducción de la lesión en 20% después de 6 meses y el 80% de reducción en el blanqueamiento de la piel. Optaron por la extirpación quirúrgica del exceso de piel después de 1 año de tratamiento, con buenos resultados estéticos. No hubo cambios en las pruebas de laboratorio, o efectos secundarios con el uso de interferón en dos años de paciente seguimiento. El paciente ha sido seguido de forma ambulatoria durante 6 meses con una buena apariencia estética de la cara.

Discusión: Los hemangiomás son los tumores benignos más frecuentes en la infancia y es más común en las niñas y los niños prematuros (22%). En el 81% de los pacientes, el hemangioma aparece en el primer mes de vida, una ubicación ideal en la cabeza y el cuello. La incidencia en la literatura de regresión espontánea es 80-85% a la edad de siete años.

Aunque la mayor parte del resultado es a menudo incompleta y no definitivo. En la literatura, el uso de interferón alfa para el tratamiento de los hemangiomás tiene un más satisfactorio que el uso de los corticosteroides. Su mecanismo de acción es la inhibición de la angiogénesis, y se utiliza principalmente en los hemangiomás gigantes de la cara, con deformidad.

Conclusión: Los hemangiomás gigantes de la cara tienen una buena respuesta al tratamiento con interferón alfa, y cuando se asocia con la operación conduce a mejores resultados cosméticos.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

MANEJO QUIRÚRGICO DE GRANDES QUISTES MAXILARES EN PEDIATRÍA

Autores: Castellón L., Barrios J., Martinovic G., Plaza C., Fuenzalida C.
Hospital Calvo Mackenna
Santiago, Chile

Introducción: El quiste es una cavidad patológica con contenido fluido, semi fluido ó gaseoso. Según la OMS, los quistes de los maxilares son clasificados en no epiteliales y epiteliales y de estos últimos lo de etiología odontogénica son lesiones óseo destructivas de ocurrencia común en los maxilares, que pueden ser divididos en quistes de desarrollo e inflamatorios.

En la literatura se relata una menor incidencia de los quistes de origen inflamatorio en pacientes infantiles, al contrario de lo que ocurre en la población adulta. Debido a las características anatómicas de los maxilares en los niños estas lesiones

suelen ser más extensas, esto hace más complejo su tratamiento. Los pacientes pediátricos están en etapa de crecimiento por lo tanto debemos cuidar que este proceso se realice sin alteraciones.

Objetivos: Dar a conocer el manejo etiológico de las patologías quísticas más comunes que afectan a la población pediátrica, sus complicaciones y el tratamiento quirúrgico.

Material y método: Revisión de la literatura. Presentación de casos clínicos para evidenciar las indicaciones y el manejo quirúrgico así como la evolución y complicaciones más frecuentes

Resultados: El diagnóstico y tratamiento precoz permite tener resultados adecuados en el manejo de estas lesiones así como evita las complicaciones que estas pueden ocasionar.

Discusión: La patología quirúrgica que afecta los maxilares es compleja, esto queda evidenciado en lo difícil que resulta realizar un adecuado diagnóstico diferencial. El diagnóstico precoz juega un rol fundamental ya q el tratamiento tardío puede tener importantes secuelas sobre las estructuras anatómicas circundantes.

Conclusiones Los quistes odontogénicos tiene una alta prevalencia en pacientes pediátricos. Estas lesiones pueden producir grandes alteraciones a la estructura ósea y a las piezas dentarias comprometidas, por lo tanto el diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS RÁNULAS

Autores: María Loreto Castellón Zirpel, Carlos Fuenzalida Kakarieka,
José Ignacio Barrios Tapia, María Francisca Uribe Fenner, Carlos Plaza Álvarez
Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna
Santiago, Chile

Introducción: Los mucocelos son cavidades llenas de mucus y cuando se presentan en el piso de la boca reciben el nombre de ránulas. La ránula de la glándula sublingual es la lesión más frecuente de dicha glándula y corresponde a un mucocelo que se expresa como aumento de volumen del piso de la boca, con o sin compromiso de la región cervical dependiendo de su ubicación anatómica. El tratamiento de las ránulas es controvertido y se han reportado múltiples alternativas como el vaciamiento, marsupialización, exéresis de la ránula y exéresis de la ránula con la glándula sublingual.

De acuerdo al tratamiento utilizado se describen diferentes tasas de recurrencia, esta última hace más complejo el tratamiento, aumenta la morbilidad y los costos.

Objetivos: Dar a conocer el manejo etiológico de esta patología, sus complicaciones y el tratamiento quirúrgico. -

Material y método Revisión de artículos científicos, anatomía del piso de la boca, etiología de las ránulas, tratamientos y complicaciones. Presentación de casos clínicos.

Resultados: El tratamiento indicado para las ránulas, consiste en la exéresis de la ránula y la sublingualectomía ipsilateral.

Discusión: Se describen distintos tratamientos para el manejo de esta patología. Sin embargo, el tratamiento etiológico y correcto evitará las complicaciones y la recidiva de la lesión. Existen consideraciones anatómicas, quirúrgicas y del manejo en general que nos permitirán un tratamiento exitoso de esta patología.

Conclusiones: El tratamiento de las ránulas debe ser etiológico, esto quiere decir que lo indicado es remover la ránula y la glándula sublingual para que no haya recurrencias.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Nevus de Jadassohn : ¿Es Realmente Necesario Extirpar ?

Autores: Acosta S. , Torres V.
Unidad Cirugía Plástica Hospital de Niños Roberto del Río
Santiago, Chile

Introducción/objetivo: El nevus sebáceo de Jadassohn (NSJ) corresponde a un hamartoma congénito de la piel y sus anexos. Su potencial malignización con los años de evolución ha sido establecida. Nuestro objetivo es identificar pacientes con transformación maligna de NSJ.

Pacientes y método: Revisión de fichas clínicas de pacientes del Hospital Roberto del Río con diagnóstico de NSJ o Carcinoma desde marzo de 2000 a diciembre de 2008, tomados de la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica. Se obtuvieron datos epidemiológicos como sexo, edad, ubicación de la lesión, diagnóstico clínico, diagnóstico histopatológico y técnica de resolución quirúrgica.

Resultados/discusión: Obtención de 77 pacientes. El NSJ en esta serie tuvo edad de cirugía promedio de 9 años.

Predomina en sexo femenino (1.2:1), presentando localización principal en cuero cabelludo y cara. Hubo correlación entre el diagnóstico clínico y el histológico en el 38% de casos. No hubo ningún caso de degeneración maligna en las biopsias, existiendo en 5 de ellas lesiones que sobrepasaron los límites de resección quirúrgica. El 85% de los casos se resolvió por resección y cierre primario. Seguimiento promedio 2 años, sin recidivas.

Conclusión: De acuerdo a los datos obtenidos, no se observa correlación entre NSJ y degeneración maligna, lo cual es consistente con lo publicado en la literatura internacional, en la que existen sólo casos pediátricos escasos documentados.

Esto lleva a plantearse la real necesidad de extirpar este tipo de lesiones en forma profiláctica en la edad pediátrica.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO DE RAMA FRONTAL DE LA ARTERIA TEMPORAL SUPERFICIAL EN UNA NIÑA

Autores: Coloma R., Parri F.J, Lerena J., Martin O., Leal R.
Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona
Barcelona, España

Resumen: Las heridas inciso contusas en la región facial son muy frecuentes en la edad pediátrica. Sin embargo los pseudoaneurismas arteriales periféricos de la región frontofacial traumáticos son muy raros. El que afecta a la arteria temporal superficial representa el 1% de todos los aneurismas traumáticos. La sintomatología clínica es variable, debemos sospechar la presencia masa pulsátil del área vascular afectada. El antecedente traumático previo es un dato que suele orientar al diagnóstico. La literatura describe estudio mediante Eco-Doppler, Tomografía Computarizada (TC) o Resonancia magnética (RM). El tratamiento de esta patología es quirúrgico. La introducción de técnicas mínimamente invasivas, incluye la embolización selectiva por vía endovascular, como tratamiento definitivo o adyuvante a la cirugía.

Caso Clínico: Niña de 11 años, que consulta en servicio de urgencia por golpe frontal izquierdo, con herida inciso contusa profunda, sin compromiso de conciencia siendo manejada inicialmente con sutura. Al control médico luego de 10 días para retirar sutura se aprecia tumoración azulada, de crecimiento lento y pulsátil. La extracción de un punto de la sutura provoca sangrado activo que precisa hemostasia. Se solicita RNM que informa tumoración líquida con flujo en su interior. Exploración quirúrgica: disección de tumoración vascular encapsulada con vaso arterial aferente que la nutre. Ligadura del vaso y exeresis de la lesión. Estudio histológico confirma diagnóstico clínico de pseudoaneurisma de la rama frontal de la arteria temporal superficial.

Conclusión: Dentro de las masas tumorales adquiridas en la edad pediátrica se debe considerar como diagnóstico diferencial los pseudoaneurismas traumáticos de la región frontofacial. Estos son una entidad rara que debe ser sospechada cuando se presenta una masa pulsátil de crecimiento progresivo, asociado a antecedente de trauma. Existen estudios imagenológicos de fácil interpretación, con alta sensibilidad y especificidad para establecer el diagnóstico. Existiendo un manejo quirúrgico estándar con buenos resultados.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TRATAMIENTO DIFERIDO DE SECUELA DE QUEMADURA CON EL USO DE INTEGRA®

Autores: Yáñez J., Torres V., Claire P.
Hospital Exequiel González Cortés
Santiago, Chile

Introducción: La utilización de preparados de dermis artificial constituye actualmente una herramienta más dentro de la cirugía reconstructiva pediátrica. El objetivo de este trabajo es documentar un caso clínico en el que se utilizó dermis artificial (Integra®) para el manejo de una secuela retráctil de quemadura cervical y su resultado estético y funcional.

Caso Clínico: Paciente masculino, sufre quemadura de cara, cuello y tórax anterior por fuego a los 3 años, 16% ABB, con compromiso de vía aérea. Se utilizó injerto autólogo en tórax anterior y cuello. Evoluciona con retracción importante y bridas en región cervical anterior, con compromiso de la extensión cervical y retracción de labio inferior, debido al abandono de la presoterapia. A los 3 años de evolución, se realiza resección parcial de cicatriz cervical y uso de Integra®.

Revisión quirúrgica de Integra® cada 3 días. Evolucionó con infección de zona receptora, se maneja con antibiótico oral y no fue necesario retirar Integra®. A los 20 días se retiró silicona y se injertó con piel de cuero cabelludo, prendiendo el 95% al cuarto día, requiriendo injerto complementario mínimo. Se maneja en forma ambulatoria con presoterapia y controles médicos periódicos, demostrando cicatrices hialinas, blandas, no adheridas y sin retracción local, con movilización cervical adecuada y disminución retracción del labio inferior.

Conclusión: El uso de Integra® es útil tanto en el manejo agudo de los pacientes quemados como en reparación de secuelas, demostrando a largo plazo una inigualable calidad de los resultados estéticos y funcionales.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE SECUELA AXILAR POSTQUEMADURA
LEVE-MODERADA**

Autores: Zapata Ramírez P., López Vidal E., Toro Jano, V.
Servicio Cirugía Infantil, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena
Temuco, Chile

Resumen: En el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, se atienden aproximadamente 300 niños quemados al año, de los cuales alrededor de un 13% comprometen axila. La movilidad de la articulación glenohumeral es multidireccional y está presente en múltiples actividades cotidianas. Por lo anterior, la importancia del tratamiento quirúrgico adecuado y oportuno, permitirá el buen desarrollo de éstas. Se describen 3 técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la secuela axilar leve y moderada (Grado 1a, 1b y 2 de la Clasificación de Kurtzman): Doble Zetoplastia asimétrica, Doble opuesta V-Y plastia y colgajo fascio cutáneo braquial, cuyos resultados han sido satisfactorios y similares desde el punto de vista funcional y estético.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Un nuevo tratamiento coadyuvante , no quirúrgico , para las apneas obstructivas en un paciente afecto de Síndrome de Pfeifer

Autores: Parri F.J., Coloma R., Lerena J., Olivares M., Caceres F.
Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona
España

Introducción: Los síndromes malformativos que afectan al macizo centrofacial pueden cursar con apneas obstructivas del sueño. Su solución definitiva suele requerir un tratamiento quirúrgico. Hasta entonces las apneas se pueden manejar mediante ventilación no invasiva o glososquelopexia.

Caso clínico: Niña de 12 meses de vida, afecta de Síndrome de Pfeiffer (craneofaciocinostosis, malformaciones de miembros superiores e inferiores) y apneas obstructivas mecánicas por retroposición de tercio medio facial y glosoptosis. Se practicó glososquelopexia con gran mejoría, pero insuficiente en fases de sueño profundo. Como tratamiento coadyuvante se aplicó un chupete monopieza de goma, perforado en su extremo distal que posicionaba la lengua a modo de cánula manteniendo permeable la vía aérea superior y eliminando las apneas residuales. Con normalización de gasometrías y polisopnografías. Logrando ser dado de alta hospitalaria.

Comentario: Las apneas del sueño son un problema grave en los lactantes afectados de malformaciones del macizo facial. Independientemente a los procedimientos quirúrgicos (glososquelopexia, avance del tercio medio facial) o técnicas ventilatorias, pueden asociarse medidas simples que ayuden al manejo de la vía aérea. El chupete perforado en su zona central a modo de tubo, es bien aceptado por el lactante, su familia y el personal sanitario, avanza la lengua, y permite una vía aérea permeable durante el sueño. Esta medida simple, barata y eficaz podría tener otras aplicaciones en el manejo de la vía aérea obstructiva.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Veloplast ía Intravelar en la cirugía del Paladar Fisurado Submucoso Oculto

Autores: Rosa Rellini RE.

Clínica de Labio y Paladar, Hospital San Gabriel - La Paz, Bolivia

Clínica de Labio y Paladar, ASONGS Cochabamba; Proyecto Ayninakuna. - Cochabamba, Bolivia

Introducción: No existen conclusiones definitivas respecto a la pertinencia y procedimiento en el tratamiento del paladar fisurado submucoso y menos en el llamado "oculto", en el que hasta el diagnóstico es difícil. Encontramos un grupo de pacientes en los que el común denominador para el diagnóstico fue: antecedente de problemas en el amamantamiento; imposibilidad para el soplo, para la interpretación de instrumentos musicales de viento y para inflar globos; habla anormal hipernasal, gesticulaciones; y a la exploración física: paladar de aspecto normal, excepto por úvula mínimamente bífida y muesca central en el borde posterior del paladar duro detectada por palpación, elementos con los que se estableció el diagnóstico de paladar fisurado submucoso oculto.

Pacientes y métodos: Se presentan 4 pacientes en los que, ante la integridad de los músculos palatofaríngeos, con la técnica de Wardill-Kilner, se identificó la inserción anómala de los músculos peristafilinos en el borde posterior de los huesos palatinos debida a fisura en V en el paladar duro; se desinsertaron éstos y se practicó una cuidadosa veloplastia intravelar.

Resultados y discusión: El diagnóstico tardío de ésta malformación se debe a la apariencia normal del paladar, que hace que pase inadvertida, hasta que el habla está completamente establecida. Aún para los especialistas el diagnóstico puede ser dificultoso. Se ha puesto mucho énfasis en la longitud del paladar, para su suficiencia, pero a la luz de éstos hallazgos la adecuada inserción de los peristafilinos parece imprescindible para un habla normal, lo que refuerza la importancia de una adecuada veloplastia intravelar.

De los cuatro pacientes tratados, todos recuperaron inmediatamente la capacidad de soplar, interpretar instrumentos e inflar globos. Dos recuperaron inmediatamente un habla normal y dos mejoraron mucho su habla y están aún en tratamiento foniatrico para normalizarla definitivamente.

Conclusiones: La veloplastia intravelar, usando la técnica de Wardill-Kilner, para el acceso a la fisura del paladar duro y a los peristafilinos anormalmente insertos, parece suficiente para la solución de los problemas funcionales derivados de ésta malformación.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

XANTOGRANULOMA JUVENIL EM FACE – RELATO DE CASO

Autores: OLiveira, A. M. De; Santos, J.C.H.D. Dos; Franceschi, J; Towsend, R; Silva, F. D. Da.
Fundação Universidade Federal do Rio Grande
Rio Grande, Brasil

Resumo: O xantogranuloma juvenil (XGJ) é um tumor histiocítico benigno, típico da infância. Caracteriza-se por ser uma entidade rara de etiologia desconhecida e comportamento autolimitado. É a forma mais comum de histiocitose decélulas não Langerhans na criança. Não apresenta tendência familiar e nem associação com variável sexo. Apresenta-se na forma papulosa ou nodular, com uma ou mais lesões cutâneas, raramente associadas a lesões de outros órgãos. Tendem naturalmente a regressão espontânea. Os autores relatam um caso de XGJ da forma nodular em paciente feminina, 6 meses de idade, com lesão única em região frontal medindo 0,5 mm de diâmetro, amarelo-acastanhada, assintomática e presente desde o nascimento. Lesão ressecada com resultado imunohistoquímico compatível com XGJ.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

COMPARACIÓN ANALGÉSICA ENTRE BLOQUEO DE PENE Y ANALGESIA ENDOVENOSA PARA CIRUGÍA DE FIMOSIS

Autores: Labraña C, Frutos C., Nome C., Suárez V.
Hospital Nueva Imperial, Universidad Mayor. Temuco, Chile

Introducción: Existen diversos esquemas para el manejo analgésico en cirugía urológica infantil. Uno de ellos es el bloqueo de pene, el cual no está exento de riesgos. Por otro lado los nuevos analgésicos endovenosos ofrecen una buena alternativa con un margen terapéutico amplio y con un rango de seguridad mayor. Se discute entonces si el beneficio analgésico del bloqueo de pene justifica el riesgo que se asume al aplicarlo versus el uso de analgésicos endovenosos.

Objetivo: Comparar calidad analgésica del bloqueo de pene versus la analgesia endovenosa tradicional.

Material y Método: Se incluyen en este estudio pacientes operados de fimosis, ASA I y II, sin contraindicación para recibir bloqueo de pene. Se dividen en forma aleatoria en 2 grupos, uno que recibe solo analgesia endovenosa y un segundo grupo que recibe además bloqueo de pene. Luego de la inducción anestésica de tipo inhalatoria, se instala vía venosa, se administra fentanil (2ug/kg), lidocaína (1mg/kg) y se mantiene con máscara laríngea y sevoflurano. Se administra ketoprofeno (2mg/kg) dosis única. Los niños del grupo bloqueo este lo realiza el cirujano infantil con técnica clásica con bupivacaina 0.5% en dosis de 0.2cc/kg. Posterior al procedimiento se deja con dipirona (20mg/kg) en fleboclisis. Se utiliza tramadol (1mg/kg) en gotas como rescate analgésico. Se mide EVA al despertar, EVA al alta, necesidad de uso de rescate analgésico y presentación de otras complicaciones.

Resultados: Un total de 132 niños ingresaron a este estudio. 68 recibieron bloqueo de pene. La edad promedio fue de 6 años (DE=2.7). El tiempo quirúrgico promedio fue de 44 minutos. Al momento del despertar un 22% de los niños tuvo un EVA >3. Solo 2 casos tuvieron EVA>6 en el grupo sin bloqueo. No existieron diferencias significativas entre los grupos con bloqueo y sin bloqueo (p=0.2) En un 12% se requirió rescate con gotas de tramal. A la hora sólo en un 6% existió EVA >3. En solo 3 casos fue necesario prolongar la estadía en recuperación por dolor. Los 3 casos en pacientes sin bloqueo. Sin embargo esto no fue estadísticamente significativo. No existieron complicaciones asociadas al uso de bloqueo peniano. En un 8% se presentaron nauseas y/o vómitos sin diferencias entre los grupos.

Conclusiones: La calidad analgésica entre bloqueo de pene y analgesia endovenosa parece ser equivalente. Por lo tanto este bloqueo, que no está exento de riesgos, pudiera ser desestimado en el manejo analgésico de la cirugía de fimosis.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS DEL TRASPLANTE RENAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISFUNCIÓN VESICAL SEVERA

Autores: Villegas A, Soria R, Ruiz E, Ormaechea M, Moldes J, de Badiola F, Ferraris J
Sección Urología Pediátrica. Servicio de Nefrología Pediátrica. Hospital Italiano de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Propósito: Realizar una reevaluación retrospectiva de las complicaciones en trasplante renal (tx) en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) secundaria a graves alteraciones vesicales.

Material y Métodos: Desde 1989 al 2009 se realizaron 39tx (30 niños y 9 niñas) entre 1 y 21 años de edad y un peso medio de 32,26 kg, siendo las válvulas de uretra posterior la etiología más frecuente (38,5%), luego síndrome de Prune Belly (20,5%), vejiga neurogénica (12,8%), mielomeningocele (7,7%), agenesia sacra, estenosis congénita de uretra y seno urogenital congénito (2,5%) respectivamente.

Resultados: Previamente a 18 pacientes se les realizó ampliación vesical con intestino (25%), uréter (17,9%). En 4 casos se realizó ureterocistoplastia simultáneamente al momento del trasplante no observándose aún complicaciones en este grupo. Se presentaron como complicaciones tempranas infecciones urinarias (2), rechazo agudo, disfunción vesical, urinoma, linfocele, perforación vesical, peritonitis, necrosis ureteral y estenosis de la arteria renal, uno en cada caso. Como complicaciones tardías rechazo crónico (3), litiasis renal y vesical (3), reflujo al riñón transplantado (3), infecciones urinarias (3) y un pseudoaneurisma micótico falleciendo el paciente. No hubo diferencia significativa entre aquellos pacientes previamente ampliados independientemente si fue con intestino o uréter y los no ampliados ($p>0,05$). La supervivencia de pacientes fue de 97,43% con una media de 86,7 meses de seguimiento. La supervivencia de los injertos fue del 100%, solo se realizó una nefrectomía del riñón transplantado por discontinuar el tratamiento. 6 (17,98%) pacientes requirieron reoperación por complicaciones urológicas con recuperación completa. Dos pacientes han vuelto a hemodiálisis, luego de 8 y 2 años después del Tx.

Conclusiones: Los pacientes pediátricos con alteraciones vesicales tienen resultados alejados similares a los pacientes nefróticos, tienen un mayor porcentaje de infecciones urinarias postoperatorias, pero requieren de número mayor de procedimientos. Control permanente, estricta adherencia al protocolo de inmunosupresión y prevención de las infecciones urinarias son esenciales para conservar una buena función del injerto en el seguimiento a largo plazo.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

¿CUÁL ES EN LA ACTUALIDAD EL MEJOR PROCEDIMIENTO, PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ESTENOSIS PIELOURETERAL EN LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS?

Autores: Benmaor, C.; Ruíz E; Moldes J; Ormaechea M.; De Badiola F.
Sección de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Objetivos: La utilización de la cirugía laparoscópica para el tratamiento de la estenosis pieloureteral (EPU) en pediatría ha presentado un gran crecimiento en los últimos años; sin embargo existe todavía un grupo grande de pacientes muy pequeños, en los cuáles la cirugía a cielo abierto continúa siendo el procedimiento mas utilizado. Aquí analizamos los resultados de un grupo de pacientes operados a cielo abierto en forma ambulatoria o con internación breve.

Material y métodos: Entre Abril de 2001 y Diciembre de 2007 (80 meses) 39 pacientes (varones 74,3 %) con una edad media de 10 meses (r: 1 - 48) con EPU confirmada (derecha 51,2 %) fueron operados a través de una incisión subcostal de 2,5 -3,5 cm con técnica de Anderson-Hynes. Una única sutura de polidioxona 7-0 y un catéter de pielostomía multiperforado transanatomótico de siliconas 6 -french fueron utilizados en 80 y 90% de los casos respectivamente. Un catéter doble J fue utilizado como derivación interna en 4 pacientes con patologías asociadas.

Resultados: El tiempo promedio de cirugía fue de 97 minutos (r: 60-150 m), la estadía media en el hospital fue de 11,5 hs (rango: 6-35) en todo el grupo, pero se ha reducido a 8,5 hs en los últimos 19 pacientes. No hubo ninguna reoperación debido a recurrencia de la EPU, un paciente monorroño requirió de un reimplante vesicoureteral debido a una lesión por un intento fallido de colocar un catéter doble J. El seguimiento postoperatorio promedio es de 34,4 meses (r: 2-75 m).

Conclusiones: La miniaturización y progreso técnico de los instrumentos para cirugía laparoscópica y robótica permitirán probablemente en el futuro reproducir estos resultados con técnicas mínimamente invasivas, mientras tanto la pieloplastia a cielo abierto es el tratamiento de elección de la EPU en niños pequeños debido a su simplicidad técnica, excelentes resultados y bajo costo.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

EL ANTIGUO MATHIEU: UNA EXCELENTE ALTERNATIVA PARA EL MANEJO DE HIPOSPADIAS DISTAL

Autores: Zubieta R., López P.J., Reyes D., Reed F., Gana R., Letelier N.
Departamento de Urología del Hospital de Niños Exequiel González Cortés
Santiago, Chile

Objetivo: Diferentes técnicas han sido desarrolladas para el manejo de las hipospadias distales, siendo la técnica TIP o Snodgrass, hoy día, la más usada. Nuestro objetivo es mostrar una alternativa adecuada y efectiva para la reparación de las hipospadias distales: el "antiguo Mathieu".

Método: Revisión de registros clínicos de todos los pacientes sometidos a la operación de Mathieu para la corrección de hipospadias distales en nuestra institución entre Enero de 1990 y Mayo de 2009. Se analizaron datos demográficos, detalles quirúrgicos y complicaciones.

Resultados: En un período de 19 años, se operaron 294 pacientes; 92 pacientes fueron sometidos a la técnica de Mathieu. La edad media al momento de la cirugía fue 45.3 ± 34.2 meses. Los pacientes fueron divididos en tres períodos de tiempo; de 1990 a 2000 hubo 52 pacientes con 35% de complicaciones, principalmente fístulas (n=11). Entre 2001 al 2009, fueron operados 40 casos con una frecuencia de complicaciones de 13% (5 fístulas y 1 estenosis). Se analiza un subgrupo de pacientes de este segundo período, constituido por los pacientes de 2004 a 2009; n= 28/40 niños: 1 presentó una fístula y estenosis (3.5%). Ésto se explicaría porque a partir del 2000 los materiales quirúrgicos se volvieron más finos y de mejor calidad y la magnificación óptica, derivación urinaria y sutura subcuticular fueron usadas de rutina, después del 2004, el PDS 7/0 estuvo disponible en nuestra institución.

Conclusiones: La técnica de Mathieu es una alternativa segura y efectiva para la corrección de hipospadias distales. Luego de un período correspondiente a la curva de aprendizaje, mejoras técnicas – instrumental, sutura subcuticular (PDS 7.0)- y derivación urinaria, se han reducido los porcentajes de complicaciones. Los autores recomiendan esta técnica como parte de las posibles soluciones para la hipospadia distal.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

ESTENOSIS PIELOURETERAL (EPU): EXPERIENCIA CON TÉCNICA DE PIELOPLASTIA VIDEOASISTIDA

Autores: Ramírez R., Campos J., Retamal M., Montaña D.
Servicio de Urología Pediátrica. Hospital Roberto del Río. Clínica Indisa. Clínica Dávila
Santiago, Chile

Introducción: El objetivo del presente trabajo es mostrar la experiencia en el manejo videoasistido de la EPU en niños, dando a conocer los resultados obtenidos con esta técnica.

Material y métodos: Revisión de registros clínicos de pacientes operados de EPU mediante pieloplastia videoasistida con sutura extracorporea, entre los años 2001 y 2009. Se confirmó diagnóstico con ecografía y MAG 3. En los casos necesarios se confirmó o descartó RVU con uretrocistografía. La decisión quirúrgica se tomó considerando el compromiso de función renal, el adelgazamiento del parénquima y la curva obstructiva en la cintigrafía.

Resultados: Se operaron 38 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. El rango de edad fue entre 3 meses y 14 años (promedio 37, 7 meses). El diagnóstico fue antenatal en 18 pacientes, infección urinaria en 10, hematuria en 1, cólico en 9. En 37 se realizó pieloplastia de A-Hynes y 1 paciente en que se hizo técnica de Fender. El tiempo operatorio promedio fue 81 min. En todos los pacientes se utilizó sonda Foley en el postoperatorio por 5 días y en todos se dejó drenaje retroperitoneal perianastómosis (penrose). Se usó pigtail en 6 pacientes. La analgesia y antibioticoterapia endovenosa se utilizó por 24 hrs., manteniéndose terapia antibiótica profiláctica oral hasta 3 meses. Los días cama postoperatorios fueron en promedio 3, 8 días. Hubo 4 complicaciones: 1 reestenosis en paciente con técnica de Fender, 1 filtración manejada con pigtail, 2 ITU que requirieron tratamiento antibiótico hospitalizados, ambos episodio único.

Conclusiones: Esta técnica reúne las ventajas de la vía laparoscópica, en cuanto a incisiones mínimas, manejo del dolor y las ventajas de la técnica abierta al hacer una sutura extracorporea, asegurando impermeabilidad, demostrando que no es necesario el uso de pigtail.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Evaluación del trasplante renal en pacientes con tracto urinario anormal

Autores: Sager, C.; López, J. C.; Durán, V.; Burek, C.; Corbetta J. P.
Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J. P. Garrahan"
Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Determinar si las cirugías del tracto urinario inferior, previos y complementarias al trasplante renal en urópatas, afectan la evolución del mismo.

Pacientes y Métodos: En 20 años se realizaron 156 trasplantes renales en 150 pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) de causa urológica. Los pacientes se clasificaron en: grupo A (n:66): Los que no requirieron procedimientos quirúrgicos en tracto urinario bajo; grupo B (n:46): Los que necesitaron de procedimientos quirúrgicos y conservaron adecuada función vesical y grupo C (n:38): Los que necesitaron procedimientos quirúrgicos por inadecuada función vesical.

Resultados: la sobrevida del implante, al año, fue del 93.38% para el grupo A; 95.45% para el B y 93 % para el C. A los cinco años del trasplante renal las sobrevida respectivas para los mismos grupos fueron: 82.45%, 79.85% y 86.58% (no significativo).

Complicaciones: Estenosis ureterovesicales: 2 en el grupo A; 3 en el grupo B y 1 en el grupo C. Reflujo vesicoureteral: 1 en el grupo A; 1 en el grupo B y 10 en el grupo C. Necrosis de uréter distal: 2 en grupo A; 2 en grupo B y 1 en grupo C.

Infección del tracto urinario alto: 12%, 23% y 44,7% en los grupo A, B y C, respectivamente.

Discusión: Niños con IRCT debido a disfunciones del tracto urinario bajo, pueden ser candidatos al trasplante renal con pronóstico alentador. Sin embargo, éste grupo especial presenta una tendencia a mayor frecuencia de infecciones urinarias.

Conclusión: Es esencial una cuidadosa e individualizada evaluación del tracto urinario bajo pretrasplante y un estricto seguimiento urológico postoperatorio, especialmente en pacientes urópatas.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**HEMINEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR VÍA RETROPERITONEAL.
EXPERIENCIA INICIAL**

Autores: Báez JJ, Mesplés G., Rassi R., Dupertuis G, Ferreyra M, Centurión J., Courel J.
Depto. de Cirugía Pediátrica. Servicio de Urología Infantil, Hospital Infantil de Córdoba
Córdoba, Argentina

Objetivos: Describir nuestra experiencia inicial en heminefrectomía polar superior laparoscópica por vía retroperitoneal.

Material y métodos: En el período comprendido entre mayo 2007 y agosto 2009 se realizaron 9 procedimientos consecutivos de nefro-ureterectomías polar superior laparoscópica por vía retroperitoneal, en posición decúbito lateral y con la utilización de 3 trocarts de trabajo. Se analizaron en forma retrospectiva, longitudinal observacional como variables la edad, sexo, lateralidad, asociación a ureterocele o ectopia ureteral, tiempo quirúrgico, complicaciones intra y postquirúrgicas, tiempo de drenaje. Requerimientos analgésicos, realimentación, y estadía hospitalaria. La indicación de cirugía fue por presencia de ureterocele o uréter ectópico asociado a polo renal no funcionante por estudio ecográfico y de centellograma renal. La manifestación clínica fue infección en 4, dolor intermitente e hipertensión arterial en 1. **Resultados:** 9 pacientes 6 femeninos y 3 masculinos, en un período comprendido entre mayo de 2007 y agosto de 2009 fueron sometidos a heminefroureterectomía polar superior por vía retroperitoneal, la edad promedio de la muestra fue de $32,7 \pm 7,3$, 4 meses (r:4-288), 6 casos (66.7%) fueron izquierdos. 3 pacientes (33.3%) presentaban diagnóstico de uréter ectópico vesical y el resto (66.7%) doble sistema asociado a ureterocele. El tiempo quirúrgico promedio fue de $129,28 \pm 26,83$ (r: 90-160), con sangrado intra-quirúrgico no significativo. No hubo complicaciones intra-operatorias. 1 paciente presentó débito considerable por drenaje aspirativo al 1 día post operatorio colocándose sonda vesical y anticolinérgicos cediendo el mismo al tercer día postquirúrgico. El tiempo de drenaje al lecho fue de $2,29 \pm 0,95$ (r: 1-4) días, los requerimientos analgésicos fueron mínimos aine: 2 casos (22, 2%) aine+ nalbufina: 7 casos (87, 8%). Se comenzó a realimentar al paciente en un promedio de $18,86 \pm 6,41$ horas (r:12-24). El período de internación fue de $3,57 \pm 1,81$ días (r: 2-7). El seguimiento fue realizado con ecografía renal al 1, 3 y 6 mes post quirúrgico y centellograma renal al año.

Conclusiones: La heminefroureterectomía laparoscópica retroperitoneal es una técnica factible y segura para patología renal benigna con una curva de aprendizaje aceptable y tiempos quirúrgicos cercanos a la cirugía convencional, igual morbilidad y buena cosmética debiendo considerarse como una excelente alternativa terapéutica.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**HEMINEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA TRANSPERITONEAL EN NIÑOS
MENORES DE 1 AÑO**

Autores: Sentagne A, Palacio M, Sentagne LM, Berber N.
Servicio de Urología Sanatorio Allende. Servicio de Cirugía Pediátrica Hospital de Niños de La Santísima
Trinidad de Córdoba. Cátedra de Cirugía Pediátrica, Universidad Nacional de Córdoba.
Córdoba, Argentina

Introducción /Objetivo: Actualmente la heminefrectomía laparoscópica (HNL) en niños es un procedimiento bien establecido aunque, cuestionable por algunos, debido a complicaciones relacionadas con la corta edad del paciente.

El objetivo es evaluar las HNL por vía transperitoneal, practicadas en nuestros servicios, en niños menores de un año de edad.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de 8 pacientes menores de un año de edad (media: 250 días), 6 mujeres y 4 varones, operados entre noviembre 2007 y julio 2009. Cuatro pacientes presentaban ureterocele, 3 uréter ectópico y 1 paciente reflujo vesicoureteral al pilón inferior. Todos fueron realizadas por vía transperitoneal con tres tocares e instrumental de 5 y 10 mm, con resección polar superior en siete, y polar inferior en uno. La división del parénquima se realizó con LigaSure Vessel Scaling System (Valleylab, Boulder, CO). El seguimiento postoperatorio fue realizado con ecografía doppler (7 pacientes) y/o centellograma renal con DMSA (4 pacientes).

Resultados: Todos los procedimientos se completaron satisfactoriamente, sin conversión a cirugía abierta y con un tiempo operatorio promedio de 119 min (rango 55 a 180). No se presentaron complicaciones intraoperatorias. En 7 pacientes la estadía hospitalaria promedio fue de 51 horas; una paciente permaneció 8 días internada por una infección urinaria atribuida a un megauréter contralateral. Un paciente mostró un quiste pequeño polar inferior persistente postoperatorio asintomático que no requirió tratamiento. El seguimiento promedio fue de 293 días. En el doppler y/o centellograma postoperatorio se observaron parénquimas funcionantes en todas las mitades renales restantes.

Conclusiones: En nuestras manos, la HNL transperitoneal en niños menores de 1 año es un procedimiento realizable y seguro no requiriendo inclusive, instrumental laparoscópico de 3mm.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

HEMINEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: RESULTADOS CON UN ABORDAJE RETROPERITONEAL

Autores: Gana R., Reyes D., Concha G., Reed F., López P J., Letelier N., Zubieta R
Servicio de Urología Pediátrica, Hospital Exequiel González Cortés
Santiago, Chile

Objetivo: Los procedimientos laparoscópicos en cirugía urológica han sido exitosos en niños, con baja morbilidad y rápida recuperación. Se evalúa la heminefrectomía con la técnica laparoscópica retroperitoneal, en pacientes operados en tres centros asistenciales, entre Enero de 2002 y Junio de 2009.

Métodos: Se revisaron retrospectivamente las historias de todos los pacientes de acuerdo a protocolo. Se registraron datos de edad en la cirugía, sexo, indicación de heminefrectomía, función y características del polo renal resecado, tiempo quirúrgico, técnica quirúrgica, uso de drenaje, estadía hospitalaria y complicaciones.

Resultados: En los 7 años de estudio, hubo 19 pacientes, 8 niños y 11 niñas, implicando 21 unidades renales. La mediana de la edad fue de 12 meses (r 2 m a 9 años). Los diagnósticos principales asociados al doble sistema fueron ureterocele en 7, uréter ectópico en 2 y reflujo vesico-ureteral másivo al sistema inferior en 6 y 4 de otras patologías. Hubo diagnóstico antenatal en 8 casos. La función de los polos resecados medida con cintigrama en 19/19 pacientes siendo en todos no más del 10% del total de la función renal del paciente. Se realizaron 15 heminefrectomías superiores y 6 inferiores. La técnica utilizada fue de tres trocares de 5mm; uno en ángulo costo-vertebral, otro en cresta iliaca y un 3º en flanco, en triangulación. El procedimiento duró en promedio 151 minutos (r 75 a 210m). Se dejó drenaje en 6 casos, que correspondieron a los iniciales de la serie y la estadía hospitalaria fluctuó entre 1 y 7 días con un promedio de 3 días. Un caso evolucionó con urinoma secundario a filtración de muñón distal, que se maneja con drenaje. Hubo una conversión en la serie, dada por sangrado. Luego de un seguimiento promedio de 12,5 meses (r1-48) con ecografía no existen mayores complicaciones.

Conclusiones: La heminefrectomía por retroperitoneoscopia puede ser realizada para enfermedades benignas en niños, con mínima morbilidad, mejor cosmética y corta estadía hospitalaria. El abordaje retroperitoneo ha demostrado ser un buen abordaje para heminefrectomías, teniendo cuidado de resección ureteral completa en RVU. Con entrenamiento laparoscópico avanzado, esta técnica constituye alternativa factible para tratamiento de unidades renales duplicadas no funcionantes, mínima morbilidad y riesgo.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA EN UROPEDIATRIA

Autores: Díaz F., Vagni R., Breden X., Bortagaray J., Rizk A., Noriega., Dingevan R., Perea C.
Hospital Nacional Prof A. Posadas
Buenos Aires, Argentina

Objetivos: Revisión retrospectiva y descriptiva uso de la laparoscopia en el diagnóstico del testículo no palpable o gonadas intrabdominales L.

Material y métodos: Laparoscopías desde junio de 1998 a diciembre 2008 con sospecha de testis intrabdominales TNP o búsqueda gonadal en trastornos de diferenciación sexual. Variables introducidas fueron edad, grupo etario dividido en grupo A menores de 2 años, grupo B de 2 a 4 años, grupo C de 4 a 10 años y grupo D de mayores de 10 años, antecedentes de cirugías previas, unilateralidad o bilateralidad, lado afectado en los unilaterales, presencia/no gonadal, ubicación, procedimientos efectuados, presencia de tumores, evaluación vitalidad testicular post procedimiento y características del testículo contralateral en los unilaterales y malformaciones o síndromes acompañantes. La técnica consistió en ubicación de puerto umbilical a cielo abierto con óptica de 10 mm o 5 mm según el tamaño del paciente siendo los últimos casos realizados con ópticas de 4 mm. Además dos puertos accesorios en ambos flancos o fosa ilíaca.

Resultados: 208 procedimientos laparoscópicos. 188 en TNP unilaterales Y 20 bilaterales. El lado afectado fue el izquierdo en 118 casos y 70 el derecho en unilaterales. El lado contralateral en los unilaterales era patológico en 25 casos (22 cripto y 3 agenesias) Un total de 27 laparoscopías en blanco por vanishing testis, 24 descensos testiculares, 2 exeresis gonadales 36 exeresis de remanentes testiculares intrainguinales, 60 procedimientos de Fowler primer tiempo y 41 segundos tiempos. La vitalidad testicular salvo en un caso no se alteró luego del Fowler. Cinco exploraciones previas sin hallazgos Síndrome de Prune Belly, hermafroditismo vero, Síndrome de Noonan, fusión esplenogonadal, hipospadias graves y trastornos de diferenciación sexual las patologías asociadas.

Resumen y Conclusión: Laparoscopia de verdadera utilidad en diagnóstico de TNP, inclusive en los operados sin éxito previamente y búsqueda gonadal. Verdaderas ventajas sobre otros estudios diagnósticos. Bajo porcentaje de atrofias en procedimiento de Fowler.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**PIELOPLASTÍA DESMEMBRADA POR VÍA LAPAROSCÓPICA. DOS
ABORDAJES PARA UNA MISMA TÉCNICA.**

Autores: Courel JM, Baez JJN, Mesplés GF, Rassi R, Dupertuis G, Ferreyra M, Centurión J
Hospital Infantil de Córdoba
Especialidad Departamento de Cirugía Pediátrica. Servicio de Urología Infantil
Córdoba, Argentina

Objetivos: Reportamos 16 casos de corrección laparoscópica de estenosis pieloureteral con dos vías de abordaje.

Material y métodos: Se realizó estudio longitudinal observacional retrospectiva en 16 pacientes mayores de 3 años de edad con hidronefrosis severa por e.u.p. Entre enero de 2005 y agosto de 2009 se realizaron 16 pieloplastias desmembradas laparoscópicas por vía retroperitoneal (grupo 1) y transperitoneal (grupo 2) no fueron incluidos 4 pacientes con vasos polares. La inclusión de los pacientes en uno u otro grupo fue determinada al azar. Los datos demográficos comparados fueron edad, lateralidad, tiempo quirúrgico, requerimientos analgésicos, tiempo de realimentación, estadia hospitalaria y complicaciones intra y postoperatorias.

Resultados: 16 pacientes 7 femeninos 9 masculinos, edad promedio $84,11 \pm 56,18$ meses (r: 37-216) vs $70,29 \pm 35,77$ meses (r: 37-120) se utilizó abordaje retroperitoneal en 9 y transperitoneal en 7. Se descartaron 4 por vasos polares (1 retro 3 en trans). Tiempo quirúrgico de $152,50 \pm 27,65$ minutos (r: 110-190) vs $128,57 \pm 18,42$ minutos (r: 95-150). analgesia aine: 3 (33,3%) aine+nabulfina: 6 (76,7%) vs aine: 3 (42,9%) aine+nabulfina: 4 (57,1%).

Un paciente grupo 1 requirió reinternación y colocación de nefrostomía por urinoma (11, 1%). Dos del grupo 2 presentaron fuga transanastomótica (28,57%) ninguna reoperación. Tiempo de internación $2,67 \pm 1,12$ días (r: 2-5) vs $2,86 \pm 0,69$ días (r: 2-4) realimentación oral $10,89 \pm 3,10$ horas (r: 7-16) vs $11,71 \pm 1,80$ horas (r: 10-14) tiempo de internación $2,67 \pm 1,12$ días (r: 2-5) vs $2,86 \pm 0,69$ días (r: 2-4). Se utilizaron 3 trocarts de trabajo para el grupo 1 y cuatro para el grupo 2.

Conclusiones: En nuestra experiencia inicial los resultados comparativos fueron similares a uno u otro abordaje. Siendo la vía transperitoneal la que revela mejor exposición y mayor facilidad técnica con mejor ergonomía, campo de trabajo y menor tiempo operatorio, sin desventajas importantes en la evolución inmediata del paciente, por otro lado la vía retroperitoneal disminuye el riesgo de lesión de órganos intrabdominales (movilización colónica) y en el caso de requerir conversión puede realizarse pieloplastia abierta mínimamente invasiva, con ergonomía de trabajo menor y campo reducido, requiriendo mayor curva de aprendizaje y destreza quirúrgica.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

QUISTE HIDATÍDICO RETROPERITONEAL COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN PACIENTE MONORRENO: CASO CLÍNICO

Autores: Ramírez R., Campos J., Retamal M., Montaña D.
Servicio de Urología Pediátrica, Hospital Roberto del Río
Santiago, Chile

Introducción: La hidatidosis es una enfermedad parasitaria endémica en nuestro país. La prevalencia en menores de 19 años es 183/ 100.000 hab. Su localización más frecuente es hepática y pulmonar, con un 10% de localizaciones infrecuentes. Se presenta un caso de ubicación retroperitoneal cuya frecuencia es de 0,8 a 1%.

Material y método: Se analiza caso de paciente femenino, 6 años, proveniente del sector rural de la 4ª región. Ingresa con compromiso del estado general progresivo, en anuria, retardo crecimiento pondoestatural, edema generalizado, con edema pulmonar, deshidratada, taquicárdica, hipertensa, destacando masa palpable en FID, creatinemia 19.5 mg%, BUN: 278 mg%, acidosis metabólica, hiperkalemia severa, manejándose en UCI con diálisis peritoneal. Ecografía: monorreno derecho, con hidroureteronefrosis. Imagen quística paravesical derecha, que no se continúa con la vía urinaria. TAC y RNM muestra imagen quística paravesical derecha, sin lograr identificar etiología. Se decide exploración laparoscópica.

Resultados: A la exploración se identifica quiste retroilíaco que se rompe accidentalmente en la disección, dando salida a agua de roca y a membranas hidatídicas. Se realiza exhaustivo aseo de la cavidad peritoneal, sin presentar shock anafiláctico. Se inicia terapia con albendazol. En el postoperatorio progresivamente se normalizó la creatinina y hubo regresión de la hidroureteronefrosis. Paciente libre de recidiva de quiste hidatídico a 2 años de seguimiento

Conclusión: El quiste hidatídico retroperitoneal puede ser considerado primario, si no se encuentra en otras localizaciones, llegando por vía hematógena, atravesando la barrera gastrointestinal y hepática o por vía linfática. La enfermedad puede presentarse por consecuencias funcionales, como en este caso, por compresión extrínseca al uréter del único riñón (monorrena congénita). Dentro del diagnóstico diferencial de masas quísticas paravesicales debe estar el quiste hidatídico, en especial en pacientes que provienen de zonas endémicas, pues es de vital importancia el diagnóstico preoperatorio para prevenir la siembra hidatídica y el shock anafiláctico.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

REIMPLANTE LAPAROSCÓPICO DE URÉTER: TÉCNICAS DE GREGOIR Y POLITANO LEADBETTER

Autores: Jorge García Andrade, Hernán Calvopiña, Jaime Altamirano, Víctor Aldaz
Hospital Millennium, Hospital Docente Ambato
Ambato, Ecuador

Introducción: Desde el apareamiento de técnicas correctivas de reflujo vesicoureteral por vía endoscópica con excelentes resultados, la cirugía abierta o laparoscópica ha decrecido; sin embargo existen casos puntuales que son motivo de contraindicación para la inyección endoscópica en la unión uretero vesical como: megaureter obstructivo primario por estenosis de la unión uretero vesical, reflujo vesico ureteral con divertículo yuxtameatal, megaureter refluyente y obstructivo.

Presentamos 6 casos de pacientes de edades entre uno a 8 años portadores de Reflujo vesicoureteral unilateral, o estenosis en la unión uretero vesical en quienes hemos realizado reimplante extravesical de Gregoir y Politano Leadbetter por vía laparoscópica. Comentamos los beneficios de las técnicas.

Material y Metodos: En un lapso de 3 años hemos intervenido quirúrgicamente por vía laparoscópica a 6 niños de ambos sexos en edades entre uno a ocho años de edad. Utilizamos la técnica de Gregoir en 4 pacientes con reflujo vesico ureteral grados IV y V unilaterales. En dos casos intervenimos con técnica de Politano por presentar estenosis en tercio inferior de uréter y estenosis secundaria a reimplante anterior de Cohen con tapering ureteral.

Resultados: En los 4 pacientes que realizamos reimplante laparoscópico de Gregoir, todos tuvieron reflujo grado IV y V unilateral con predominio en lado derecho. 3 casos fueron de sexo femenino. Mientras que 2 casos correspondieron a un varón de 1 año de edad con diagnóstico de megaureter obstructivo y refluyente secundario a estenosis en tercio distal de uréter a nivel del muñón de hemiureteronefrectomía polar superior y otro caso de una niña de 5 años quien presentó estenosis en unión uretero vesical como secuela de un reimplante anterior con tapering ureteral de Cohen en paciente monoreno. En los dos casos realizamos resección de uréter distal más reimplante laparoscópico de Politano Leadbetter y creación de vejiga psóica.

Discusión: En los últimos tres años aprovechamos nuestra experiencia en laparoscopia avanzada para incorporar el manejo de reimplante ureteral extravesical con y sin resección de segmentos ureterales con las técnicas de Politano Leadbetter y Gregoir. Nuestra casuística no se ha incrementado porque a la par estamos corrigiendo reflujo vesicoureterales con inyección endoscópica de ácido hialurónico. No realizamos la técnica de Cohen porque los neomeatos ureterales no quedan alineados para futuras exploraciones cistoscópicas en caso de requerirlas. En cambio con la técnica de Gregoir y Politano los meatos ureterales no son modificados o quedan alineados en el triángulo. Con la técnica de Gregoir los pacientes no necesitan uso de sondas vesicales en el postoperatorio y todos fueron dados de alta dentro de las 16 horas postop. Los 6 pacientes al momento se encuentran asintomáticos.

Conclusiones: En los 6 pacientes hemos tenido 100% de éxito correctivo de su patología con las técnicas laparoscópicas de Gregoir y Politano Leadbetter. Tomando en cuenta que dos de ellos tenían cirugías previas. Nuestros casos gozan de todos los beneficios estéticos y de recuperación que brinda la cirugía de mínimo acceso. Con la técnica de Gregoir no usamos sondas vesicales en el postoperatorio.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TRASPLANTE RENAL CON DONANTE VIVO RELACIONADO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISFUNCIÓN VESICAL SEVERA Y VEJIGAS AMPLIADAS

Autores: Benmaor, C.; Ruiz E.; Moldes J.; Ormaechea M.; de Badiola F.
Sección de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica Hospital Italiano de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Introducción: Hemos realizado una reevaluación retrospectiva de nuestra experiencia en trasplante renal (tx) con dador vivo relacionado en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) por displasia renal o pielonefritis crónica secundaria a disfunción miccional severa de etiología malformativa, obstructiva o neurogénica

Material y Métodos: Desde 1988 al 2007 hemos realizado 35 tx (varones 87, 5%) entre 1 y 21 años de edad (promedio 12 años) y un peso promedio de 32kg (r: 11-79). La etiología del trastorno vesical fue: válvulas de uretra posterior en 16, síndrome de prune belly en 7, vejiga neurogénica (VN) asociado a malformación anorrectal y displasia renal en 5, VN y mielomeningocele en 3, VN y displasia renal sin un diagnóstico claro en 2 y VN con seno urogenital asociado y con parálisis cerebral en un caso cada uno. Entre los procedimientos quirúrgicos previos en preparación para el Tx se realizaron 14 ostomías continentales tipo Mitrofanoff, 11 ampliaciones vesicales, y nefrectomía unilateral en 10. La madre fue el donante más frecuente en 23 (65, 7%), nefrectomía en 5, ampliación vesical con uréter (ureterocistoplastia) en 4 y un ostoma urinario continente tipo Mitrofanoff o Yang-Monti y orquidopexia en dos casos cada uno, fueron los procedimientos quirúrgicos simultáneos más frecuentes

Resultados: La sobrevida de pacientes fue de 97, 4% con una media de seguimiento de 60 meses (r: 6-234). La sobrevida de los injertos fue del 100% con una creatinina promedio actual de 1.25mg/dl (r: 0, 4-3, 9). La complicación más severa fue la muerte de un paciente por un aneurisma micótico de la aorta 8 días postrasplante, 1 sólo paciente presentó un linfocele que se resolvió espontáneamente y un paciente una litiasis vesical. Tres pacientes requirieron una reoperación debido a complicaciones urológicas y se recuperaron en forma completa. La micción es espontánea en 45, 6%. 11 procedimientos extras fueron realizados entre 8 y 23 meses del Tx debido a infecciones urinarias o reflujo en los riñones originales o en el Tx (5 nefrectomías, 3 reimplantes de uréter, 1 inyección subureteral endoscópica).

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

SEMINOMA EN NIÑOS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Autores: Marlene Grace Anaya Domínguez, María Estela Coleoni Suárez, María Jannett Rojas Saravia, Liz Malena Peña Helguero
Hospital del Niño Manuel A. Villarroel
Cochabamba, Bolivia

Introducción: Los tumores testiculares primitivos en los niños y adolescentes constituyen del 2 al 3 % de neoplasias pediátricas, el seminoma es un tipo de tumor testicular de poco frecuente en niños que se manifiesta clínicamente en la mayoría de los casos con masa palpable. Caso 1: Preescolar de 4 años con masa testicular derecha que fue creciendo desde el nacimiento. Examen físico: masa tumoral testicular de consistencia firme. No dolorosa de 3 por 4 cm. No se palpan adenopatías inguinales, ni axilares. Ecografía: teratoma testicular. Cirugía vía inguinal: orquiectomía derecha y resección funicular, no adenopatías. Histopatológico: tumor de células germinales con áreas de seminoma y de senos endodérmicos, cordón espermático libre de lesión. TAC abdominal descarta adenopatías. Fue remitido inmediatamente al Hospital Oncológico de Santa Cruz. Revisión de tacos de Biopsia confirman hallazgos Según protocolo de la Sociedad Pediátrica de Oncología Pediátrica (SFOP), nuevo control de AFP = 3, 4. Se estadio correspondiendo a TUMOR GERMINAL MIXTO ESTADIO II. Recibió Quimioterapia (QTR) 3 ciclos c/21 días de quimioterapia VBP (SFOP) con: Vinblastina, Bleomicina, Cisplatino. Controles mensuales AFP = normales Al momento. Caso 2: Lactante menor de 1 año y 10 meses, acudió al hospital con masa testicular de dos meses de evolución con aumento progresivo. Examen físico: aumento de tamaño del testículo derecho, indurado, ganglio palpable inguinal del mismo lado. AFP = 678 prequirúrgico, B-HCG, LDH y Rx tórax normales. Ecografía: Abdomino-pelvica: estructuras dentro de parámetros normales, no adenomegalias. Testículo: masa sólida de testículo derecho, Inguinal: ganglio de 1 cm. Inguinal derecho. Cirugía vía inguinal, orquiectomía derecha y resección funicular, extracción de ganglio inguinal derecho. Patología: Tumor de células germinales con áreas de seminoma y de senos endodérmicos, cordón espermático con afectación intraluminal, ganglio linfático libre. Derivado a Santa Cruz, revisión biopsia, nuevo control de AFP = 86 (a los 10 días POP). Se estadio, según protocolo francés (SFOP): TUMOR GERMINAL MIXTO ESTADIO II. Se programó, 3 ciclos de quimioterapia VBP (SFOP) Recibe un ciclo, Nueva revisión histopatológica: Tumor de células germinales de senos endodérmicos, cordón espermático sin afectación local, ganglio linfático libre. Se estadio, según (SFOP): TUMOR GERMINAL ESTADIO I, y suspendió QTR. Control mensual de AFP = normal, aparición de ganglio inguinal derecho y Patología informa: reactivo, libre de neoplasia al momento.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**ADENOCARCINOMA MUCINOSO COMO COMPLICACIÓN A LARGO PLAZO
DE LA CISTOPLASTIA DE AMPLIACIÓN. REPORTE DE CASO**

Autores: Weller, S; Durán, V; Corbetta, JP; Paz, E; López, JC.
Departamento de Urología Pediátrica, Hospital J.P. Garrahan
Buenos Aires, Argentina

Resumen: Gracias a la posibilidad de mejorar los índices urodinámicos de la vejiga, y en conjunto con el cateterismo intermitente, la ampliación vesical ha cambiado la historia del tratamiento de la vejiga neurogénica. A pesar de ser un procedimiento con excelentes resultados no está exento de riesgos, tanto a corto como a largo plazo. En los últimos años la malignización del intestino en las cistoplastias de ampliación aparece como una complicación posible con cada vez más casos publicados. Presentamos el primer caso de Tumor en ampliación vesical luego de 527 realizadas en nuestro centro en un período de 19 años, y realizamos una revisión de las publicaciones al respecto.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**RABDOMIOSARCOMA (RMS) ALVEOLAR DE PENE CON RMS
EMBRIONARIO EN VEJIGA A 9 AÑOS DEL DIAGNÓSTICO INICIAL:
“RECAÍDA, TUMOR SINCRÓNICO O TUMOR DIFERENTE”?**

Autores: Corbetta, J.P.; Duran, V.; Weller, S.; Paz, E.; López, J.C.
Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan
Buenos Aires, Argentina

Introducción / Objetivo: El rhabdomyosarcoma (RMS) es la causa más común de sarcoma de tejidos blandos en niños menores de 15 años de vida. Las variantes histopatológicas presentan diferentes cursos biológicos; RMS embrionario, la mayoría sobrevive más allá de los 5 años y en el alveolar pocos pacientes sobreviven más allá de los 5 años. Es nuestro objetivo reportar la aparición de dos variables histopatológicas distintas de RMS (alveolar y embrionario) en dos lugares diferentes (pene y vejiga) con diferencia de aparición entre ambos de 9 años, en un mismo paciente.

Pacientes y métodos: A través de un reporte de caso presentamos un varón de 17 años de edad que presenta antecedente de RMS alveolar de pene a los 8 años. Recibió tratamiento con quimioterapia y cirugía (tumorectomía).

Por presentar márgenes infiltrados y compromiso ganglionar inguinal, se completó con exeresis total de un cuerpo cavernoso, linfadenectomía inguinal bilateral y radioterapia. A los 9 años de seguimiento concurre con cuadro de hematuria macroscópica asociado a insuficiencia renal aguda. En ecografía abdominal y vesical se objetivó formación heterogénea en piso de vejiga y uronefrosis bilateral grado II y III confirmado por tomografía axial computada (T.A.C.).

Resultados / Discusión: Se realizó biopsia vesical a cielo abierto de tumor trigonal y de cuello vesical con biopsia de escroto y derivación urinaria con catéteres doble jota. Resultado histopatológico; Vejiga: rhabdomyosarcoma embrionario (tipo sarcoma botroides) confirmado con biología molecular. La biopsia de escroto no evidencia infiltración neoplásica. En la estadificación con TAC tóraco, abdomino-pelvíana y centellograma óseo corporal total se objetivó metástasis pulmonares pequeñas y bilaterales. El paciente inició tratamiento con carboplatino / doxorubicina. Se encuentra en regular estado general, desnutrido y función renal normal.

Conclusión: Es inhabitual la presentación de ambos tipo de RMS en un mismo paciente, sitios diferentes, a muchos años de evolución de la variante y localización inicial y con una forma embrionaria agresiva. No se hallan casos similares en la nuestra búsqueda bibliográfica.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**RIÑÓN INTRATORÁCICO ASOCIADO A HERNIA DIAFRAGMÁTICA
CONGÉNITA (HDC) DERECHA: CASO CLÍNICO**

Autores: Ramírez R., Campos J., Retamal M., Montaña D., Valenzuela M., Correía G.
Servicio de Urología Pediátrica y Cirugía Pediátrica. Hospital Roberto del Río
Santiago, Chile

Introducción: El riñón en tórax es un hallazgo clasificado como RIÑÓN ECTÓPICO cuando es encontrado en el estudio de una masa torácica, hecho que se presenta con una frecuencia inferior al 0,01% o como RIÑÓN ASCENDIDO en la exploración de una hernia diafragmática, con una frecuencia de 0,25%, claramente más frecuente al lado izquierdo, dado que al derecho el hígado protege el ascenso. El siguiente caso describe la experiencia con un neonato que planteó esta duda diagnóstica, en el estudio de una masa torácica derecha.

Material y método: Se analiza caso de recién nacido, femenino, que presenta a los 14 días estridor inspiratorio, retracción subcostal y cianosis facial, seguido de hipotonía después de lactancia materna. Radiografía de tórax: Imagen densa derecha pulmonar. Ecografía abdominal: imagen de riñón derecho intratorácico en cavidad pleural derecha asociado a hernia diafragmática ipsilateral con ascenso parcial de lóbulo hepático derecho. TAC toracoabdominal: riñón intratorácico derecho con desviación del mediastino. Se decide intervención quirúrgica por vía abdominal.

Resultados: Se aborda hernia diafragmática, reduciendo a la cavidad abdominal hígado y riñón intratorácico a retroperitoneo sin mayor dificultad en el intraoperatorio. Se corrige HDC, reparando el defecto e instalando drenaje pleural.

Paciente evoluciona con trombosis de la vena cava superior por hematoma secundario a punción de vena subclavia derecha, causando un síndrome de vena cava superior, del cual no se recuperó, pese a cirugía que drenó hematoma y extrajo trombo de cava superior.

Conclusión: Se presenta el caso dado que planteó la duda diagnóstica entre un RIÑÓN ECTÓPICO verdadero, con diafragma indemne y un RIÑÓN ASCENDIDO por un defecto diafragmático, postero-lateral de Bochdalek.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TRAUMA RENAL PEDIÁTRICO GRAVE: EXPERIENCIA PRELIMINAR

Autores: Drs. Rodríguez J. *, Ossandón F. *, Pinilla C**.

Urología Pediátrica Clínica Alemana Santiago* y Hospital Clínico U. de Chile**
Santiago, Chile

Resumen: Accidentes y violencia son primera causa de muerte en edad de 1 a 18 años en Chile. El manejo conservador de lesiones traumáticas de órganos sólidos se conoce desde los años 80, tomando más fuerza en último decenio. Así, lesiones renales tipos IV o V, mejoran entre 40 y 80 % de acuerdo a la literatura, pero aún son motivo de discusión cuando toca evaluar cada caso.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia en manejo conservador de lesiones renales traumáticas graves. Material: Revisamos fichas de pacientes atendidos por lesiones renales graves traumáticas desde Enero 2008 hasta junio 2009. Revisamos edad, mecanismo de accidente, clínica e imágenes, manejo y evolución.

Resultados: 4 casos de trauma renal tipo IV manejados conservadoramente. 3 varones y 1 mujer. Promedio edad presentación 9, 5 años. 2 por accidentes en moto y 2 en juegos infantiles. Todos presentaron hematuria y shock hipovolémico y baja del hematocrito importante solo en 2. Ninguno requirió transfusión. 1 paciente esplenectomizado por trauma asociado. Riñón más afectado fue el izquierdo. Todos por expansión clínica o ultrasonográfica de urinoma requirieron uso de catéteres doble J ureteral más sonda vesical. Evolución favorable 100% con cifras tensionales normales y cintigramas renales sobre 38% de función. Promedio estada UTI 9 días y 17 de hospitalización total.

Discusión: Umbreit en meta análisis en 91 pacientes tratados por lesiones tipo IV , el 27% requirió cirugía. Nuestra cifra de 0% es muy satisfactoria solo con doble J y sin complicaciones. En todos la función renal se mantuvo aceptable y promedio días estada razonables.

Conclusión: Nuestra pequeña casuística es acorde con la literatura en cuanto a manejo conservador de lesiones graves renales traumáticas.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**TUMOR DE WILMS. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE DOS SERIES:
CIRUGÍA INICIAL Y QUIMIOTERAPIA PREVIA A CIRUGÍA**

Autores: Drs. JM. Vega-P1, G. Nalda 2, LA. Pascual1, GE. Drago 2, EE. Casas 2
Servicio de Urología1 y Servicio de Oncología2- Hospital Pediátrico
Mendoza, Argentina

Introducción: En las últimas décadas hemos tratado a los tumores de Wilms (TW) mediante dos diferentes abordajes: Cirugía Inicial (CI) y Quimioterapia Preoperatoria (QP) seguida de cirugía. CI ha sido la indicación inicial cuando el TW ha sido evaluado como factible de resección. El protocolo QP se inicia previo a cirugía en tumores extendidos con la finalidad para reducir tamaño y riesgo de diseminación quirúrgica.

Objetivo: Evaluar comparativamente los resultados obtenidos en las dos series. Referencia a criterios de inclusión, resultados iniciales, grado de dificultad quirúrgica y supervivencia libre de enfermedad. Evaluar comparativamente los resultados obtenidos respecto a criterios de selección para cada modalidad terapéutica, resultados iniciales, grado de dificultad quirúrgica y supervivencia libre de enfermedad. Analizar el proceso de selección entre CI y QP, factores determinantes y factores coadyuvantes de los resultados finales comparativos.

Material y Método: Análisis observacional, descriptivo y retrospectivo de 64 pacientes con diagnóstico de neuroblastoma tratados en nuestra institución durante un período de 27 años. Evaluación de resultados evolutivos con dos diferentes modalidades: CI y QP.

Resultados: De 64 pacientes, 43 fueron tratados mediante nefrectomía radical inicial (CI) y 21 con QP. Las dos series fueron comparables en género, edad –media 3, 64 y 3, 05 años respectivamente-, sexo, lateralidad y estadio e histología.

Histología favorable se presentó en 40 casos -93, 02%- de la serie de CI y en 20 casos -95, 2%- de la serie de QP. La decisión de inclusión a las series se basó fundamentalmente en criterios tamaño, extensión y posibilidad de resección completa. Bilateralidad, extensión a grandes vasos se incluyeron en QP, que recibió un promedio de 4, 6 semanas de quimioterapia con esquema V-A (14) y V-A-D (7). El tamaño tumoral se redujo en 19 -90, 55%-. El seguimiento promedio excede los 5 años en ambas series. En ambas series la mayoría de los fallecidos fueron E II. Histología desfavorable incidió en la mortalidad en 3 pacientes en E IV de la serie de CI y en 1, E III, de QP. CI: Libre de enfermedad 34 -79, 6%-. En la serie QP: Libre de enfermedad 19 -90, 5%-.

Discusión: Todos los casos fueron analizados por un Comité de Oncología que decidió CI ó QP. La QP permitió la resección segura de tumores previamente considerados inoperables ó de improbable resección completa. La supervivencia libre de enfermedad fue mayor en este grupo. Estadío e histología no resultaron decisivos en la supervivencia. Nuestra evaluación muestra que la cirugía luego de QP es efectiva y que en este grupo la supervivencia libre de enfermedad es comparativamente más elevada.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

VALOR DE LA ECOGRAFÍA PRENATAL EN LA DETECCIÓN DE PATOLOGÍAS RENALES

Autores: D. Mássó, E. Isern, D. Ripeau, S. Ramos, S. Luscialdo, M. Aguilar, G. Díaz Peña, C. Sperperato, S. Varela, L. Vázquez, C. Perea
Hospital Nacional Prof A. Posadas
Buenos Aires, Argentina

Introducción: Un 0.2 % de los fetos presenta hidronefrosis prenatal (HNPN), siendo controversial el manejo de los recién nacidos (RN) en la vida post-natal.

Objetivos: 1) Detectar porcentaje de HNPN transitorias y persistentes y correlacionar la medida de la dilatación prenatal con la evolución posterior 2) Determinar prevalencia de reflujo vesicoureteral primario (RVU) en los RN con HNPN. 3) Buscar el valor del diámetro antero posterior (DAP) de la pelvis renal fetal con mayor Sensibilidad (S) y Especificidad (E) para diagnóstico de uropatías y RVU.

Población: RN con HNPN nacidos en nuestro hospital entre nov 2002 a mayo 2008.

Material y Metodos: Criterios de inclusión: RN con DAP de la pelvis renal fetal ≥ 5 mm en el 2do y/o 3er trimestre.

Criterios de exclusión: Ecografías realizadas en otro establecimiento, falta de Cistouretrografía miccional (CUGM), Síndrome genético. Estudio del RN: urocultivo, profilaxis antibiótica, ecografía renal y vesical (ERV) a las 48 hs, 7d, 1m, 3m y/o hasta el diagnóstico etiológico o resolución, CUGM en el primer mes, Radiorrenograma o urograma excretor en aquellos con DAP >10 mm persistente.

Resultados: 187 unidades renales (UR) de 129 pacientes con HNPN, relación varon:mujer 3, 6:1. De las 187 UR 43% resolvió intrauterino o dentro del primer año de evolución, 28% tuvo patología, (19% uropatías, 5% RVU, 4% riñón multiquístico (RMQ)), siendo el resto de las UR, variantes anatómicas (VA) o dilataciones persistentes/intermitentes. La comparación entre las medianas de las UR que normalizaron (N) vs. RVUP (16 mm) y uropatías (18 mm), arrojó diferencias significativas $p < 0,005$ y $p < 0,0001$. La patología más frecuente (42%), fue estenosis ureteropielica (EUP) y solo 5,3% de RVUP, de estos el 20% tenían un DAP entre 8 y 10 mm. El DAP prenatal de 11mm fue el de mayor S y E para el diagnóstico de Uropatía y de RVUP.

Conclusiones: 6% uropatías y 2% RVU con DAP entre 5 y 10 mm marca la importancia de realizar un seguimiento estricto de estos pacientes. Si bien el DAP con mayor S y E para diagnóstico de uropatías y RVU fue 11 mm, si los hubiéramos estudiado a partir de ese valor, hubiéramos omitido el diagnóstico de un 30% de uropatías (10/35) y un 25% de RVU.

Consideramos adecuado un DAP de 8 mm como punto de corte para iniciar protocolo de estudio de HNPN dado que con el mismo no se encontró ningún RVU y solo un 6% de uropatías.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

BIOFEEDBACK COMO TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN MICCIONAL EN UN CENTRO DE INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL INFANTIL

Autores: Benmaor C; Ruíz E; Moldes J; Ormaechea M; De Badiola. F.
Sección Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Italiano, Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia inicial en el tratamiento de la Disfunción Miccional compleja con Biofeedback y electroestimulación perineal en el Centro de Incontinencia Urinaria y Fecal Infantil (CIUFI) del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Material y Métodos: El CIUFI recibe pacientes con problemática relacionada a la incontinencia urinaria y fecal que en general han realizado tratamiento y que no han respondido satisfactoriamente. Dentro de los distintos grupos de pacientes que se tratan se tomaron aquellos que presentaban diagnóstico de Disfunción Miccional. Se analizaron 25 niños tratados desde febrero del año 2008 hasta febrero del 2009 con una edad promedio de 10 años (4-17). 20 fueron mujeres y 5 varones. Los síntomas que presentaban eran infección urinaria a repetición (14 pacientes), incontinencia de orina de día (7 pacientes) y síndrome de urgencia frecuencia miccional (12 pacientes). La consulta inicial consiste en una evaluación multidisciplinaria compuesta por un pediatra, cirujano infantil, urólogo infantil y salud mental pediátrica además de la realización de flujometría miccional con electromiografía perineal y ecografía renal y vesical. A todos los pacientes se les realizó 1 sesión de biofeedback semanal más electroestimulación perineal por 4 semanas luego de lo cual se realizó nueva evaluación clínica, flujometría con electromiografía perineal y ecografía renal y vesical. De esta manera se repitieron sesiones hasta un máximo de 12.

Resultados: Luego de las 8 sesiones promedio 10 de los 14 pacientes (71%) que presentaban infecciones urinarias a repetición que fueron estudiadas con centellograma renal y/o cistouretrografía miccional pudieron dejar la profilaxis y no repitieron nuevos episodios, 5 pacientes (71%) resolvieron la incontinencia de orina y 11 de los 12 (91%) que presentaban síndrome de urgencia frecuencia dejaron de manifestarla sin recibir relajantes vesicales. Esto representa una resolución mayor al 70% de los síntomas en todos los casos referidos. La flujometría y la electromiografía perineal se normalizó en este grupo de pacientes.

Conclusión: Podemos decir que el Biofeedback mas electroestimulación perineal en el marco de un programa de atención clínica multidisciplinaria resulta un método terapéutico no invasivo capaz de resolver los síntomas relacionados a la disfunción miccional en un porcentaje mayor al 70%. Los resultados iniciales son alentadores y nos estimulan a evaluar nuevos grupos de pacientes con mayor seguimiento.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LA LITOTRIPSIA
EXTRACORPORA (LEC) EN PEDIATRÍA**

Autores: JM. Escala, R. Gana
Servicio de Urología Pediátrica, Clínica Las Condes
Santiago, Chile

Resumen: La LEC es reconocida como un método eficaz para tratar la litiasis del aparato urinario superior. Hay reportes que indican buenos resultados en población pediátrica, incluso con litiasis de gran tamaño.

Material y Método: Revisamos los casos de niños tratados entre Marzo del 2004 a Marzo del 2009 en nuestra institución, encontrando 25 niños de los cuales 22 tenían suficiente información para el presente reporte. Se revisó la edad, forma de presentación, anomalías asociadas metabólicas otras. Se analizó el Número, tamaño y ubicación del calculo y su composición, así como el Número de sesiones requeridas (y Número de impulsos por sesión).

Resultados: 15/22 fueron de sexo masculino, 10/22 menores de 5 años. La mitad se presentaron con colico como unico síntoma. La mayoría eran de ubicación alta, entre calices y pelvis renal. El 65 % fueron calculos unicos, (3 coraliformes), la mayoría con un diámetro de entre 1 y 2 cms. 6 pacientes requirieron más de una sesión y 19/22 quedan libre de calculo.

Conclusión: LEC es un método efectivo para tratar los calculos urinarios en niños, con resultados similares a los adultos.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

CISTOPLASTIAS DE AMPLIACIÓN: COMPLICACIONES EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Autores: Corbetta, J.P.; Durán, V.; Weller, S.; Paz, E.; López, J.C.
Hospital de Pediatría, Prof. Dr. Juan P. Garrahan
Buenos Aires, Argentina

Introducción / Objetivo: La cistoplastia de ampliación ha revolucionado el tratamiento de los desórdenes congénitos

de la vía urinaria. **Objetivos:** continencia urinaria y protección de la vía urinaria alta. En esta técnica predomina la utilización de intestino (enterocistoplastia) con lo que se consigue buena funcionalidad y comportamiento urodinámico. Es nuestro objetivo, reportar las complicaciones observadas en cistoplastias de ampliación en el ámbito pediátrico.

Pacientes y métodos: Mediante estudio retrospectivo descriptivo, fueron evaluadas 260 cistoplastias de ampliación (247 pacientes) sobre un total de 527 realizadas en el período 1987-2008 en nuestro centro pediátrico. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas de los pacientes. Los ítems evaluados fueron: edad en el momento de la ampliación, patología de base, segmento de intestino seleccionado, cirugías asociadas, complicaciones generales y específicas (estructurales, secretoras, disfunción intestinal y metabólicas), tiempo de estadía intrahospitalaria y evolución.

Resultados / Discusión: Las complicaciones totales: 15,7 % divididos de la siguiente forma: 1- GENERALES (4%): LITIASIS VESICAL; 2- ESPECIFICAS: A- ESTRUCTURALES (11,4 %): Ampliación secundaria (3.6%), Fístula urinaria (3.1%), Infección de herida (2.3%), Necrosis de parche (0.18%), Peritonitis urinosa (0.18%), Absceso intraabdominal (0.18%), Perforación de ampliación (0, 37%), Peritonitis fecal (0.18%), Adenocarcinoma mucinoso en parche (15 años post cirugía)(0.18%), Obstrucción intestinal (1,13%) y Hematuria másiva por várices intestinales en parche (0.18%); B- SECRETORAS (0,37 %): Síndrome disuria – hematuria (gastocistoplastias); C- Disfunción intestinal y metabólicas NO fueron objetivadas. La cistoplastia de ampliación tiene su eficacia terapéutica comprobada en el ámbito pediátrico y su morbilidad global es baja si se evalúa el tipo de cirugía. En nuestra serie es del 15 % a predominio de complicaciones generales; en cuanto a las específicas, las complicaciones mayores fueron la aparición de tumor en parche de ampliación, la perforación, la necrosis de parche y las ampliaciones secundarias. Con respecto a las menores la fístula urinaria y la infección de herida fueron las más comunes.

Conclusión: Las complicaciones mayores son infrecuentes y estructurales, por lo que mantiene esta cirugía como gold standard en vejigas neurogénicas dada su baja morbilidad y nula mortalidad.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO PARA ELIMINAR EL REFLUJO VESICOURETERAL CON INYECCIÓN DE VANTRIS

Autores: Benmaor, C.; Ruiz E.; Moldes J.; Ormaechea M.; De Badiola F.
Sección de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Introducción: El poliacrilato-polialcohol fue la seleccionada para someterse a las exigencias ISO10993-1:2003 Standards, tanto In Vitro como In Vivo. Objetivo: La nueva sustancia es sintética, no absorbible, fácil de inyectar, por una aguja de 23 gauge. Se realizó un reporte preliminar de 6 centros con un seguimiento de pacientes a un año, con clínica, ecografía renal y vesical, orina, laboratorio y cistovideourodinamia.

Material y método: De los 83 pacientes inyectados, 61 tuvieron el seguimiento al año, la edad promedio de inyección fue de 58 meses. El número de uréteres inyectados fueron 88 (41 unidades derechas y 47 izquierdas). Presentando 3 unidades grado V (3,4), 12 grado IV (13,6%), 41 grado III (46,6%) y 32 grado II (36,4%). El volumen inyectado fue de 0,2 ml – 1,6ml por unidad con una media de 0,76ml. El seguimiento fue realizado con ecografía renal y vesical más cistovideourodinamia entre los 16 y 24 meses con una mediana de 20 meses.

Resultados: No hemos tenido cambios ecográficos. Las complicaciones fueron en 6 (9,8%) disuria, 3 (4,9%) fiebre y 4 (6,5%) dolor lumbar después de la inyección, en un lapso de tiempo de 48 hs. post tratamiento. En 78 (88,6%) unidades renales fue eliminado el reflujo, en 6 (6,8%) disminuyó a grado I y en 4 (4,6%) unidades fallo. 8 de las 88 unidades renales recibieron una segunda inyección a los 3 meses de la primera. 1 unidad grado II, 2 unidades grado III, 4 unidades grado IV y 1 unidad grado V. En la segunda inyección hemos obtenido: en 6/8 fue eliminado el reflujo, en 1/8 disminuyó y 1/1 persistió.

Conclusión: Concluimos que las complicaciones observadas fueron fácil de tratar sin dejar secuelas, por tal motivo creemos que es capaz de eliminar reflujo vesico-ureteral grado III por más de un año, persistiendo el efecto en el tiempo en forma permanente, por lo que es un atractivo material para el tratamiento inicial para los pacientes en que se necesita eliminar el reflujo.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

ENURESIS NOCTURNA Y SÍNDROME DE DISFUNCIÓN EVACUATORIA EN NIÑOS VARONES. RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK URINARIO DE VACIADO

Autores: A. García Fernández, M. Lupiañez, S. Perotti, E. Pedraza, V. Molins
Centro Privado de Urología Infantil
Córdoba, Argentina

Introducción: La enuresis o síndrome de la “cama mojada” representa un porcentaje importante de la consulta diaria del pediatra y del urólogo pediatra. Se estima que entre el 15 y el 20 % de los niños a los 5 años de edad mojan la cama (Moffatt 1994). El Síndrome de disfunción evacuatoria se asocia con mucha frecuencia a niñas enuréticas nocturnas. De los niños varones enuréticos nocturnos un 20,9 % presenta además incontinencia diurna y constipación

Objetivos: demostrar que los niños enuréticos que asocian síntomas diurnos de incontinencia y constipación presentan una incoordinación miccional por hábito retencionista y que mejoran con re-educación miccional mediante biofeedback de vaciado.

Material y Métodos: se estudiaron 50 niños que asociaban enuresis y síntomas diurnos de inestabilidad vesical y constipación. Fueron tratados mediante biofeedback urinario de vaciado, enseñando a los pacientes a relajar su periné durante la micción. Estadísticamente los resultados se obtuvieron con una alfa de 0.05 y una beta de 0.30. El delta observado en estudios previos fue bastante amplio lo que nos permitió obtener un power o poder del 70% con el estudio de 50 pacientes.

Resultados: La enuresis nocturna mejoró un 86% ($p < 0,001$) con una disminución del número de accidentes nocturnos por semana de 6,44 a 0,38 ($P = < 0,001$), la urgencia mejoró del 98% al 8 % y la incontinencia diurna pasó de 7,22 veces por día a 0,36. ($p = < 0,001$). La constipación mejoró de un promedio de 4,34 deposiciones por semana a 6,44. ($p = < 0,001$).

Conclusiones: El biofeedback urinario de vaciado resultó útil en el tratamiento de la enuresis y síntomas de inestabilidad vesical así como de la constipación en niños portadores de síndrome de disfunción evacuatoria. No hubo diferencias significativas entre los resultados obtenidos en las dos primeras semanas de tratamiento y al final (7 meses) lo que muestra la persistencia de los resultados en el tiempo.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL REFLUJO VESICoureTERAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON UNA NUEVA SUSTANCIA, ¿CAMBIA EL RESULTADO?

Autores: López P.J., Acuña C., Astorga D., Reed F., Reyes D., Gana R., Letelier N., Zubieta R.
Hospital Exequiel González Cortes
Santiago, Chile

Objetivo: Se ha demostrado que el RVU puede ser tratado, con buenos resultados, de manera endoscópica; el dextranómero de ácido hialurónico es actualmente la más utilizada. El copolímero de poliacrilato-polialcohol (Vantris®) es una nueva sustancia cuya diferencia principal sería el mantenerse en el tiempo, sin cambios tridimensionales. Se diseñó un estudio para evaluar los resultados del tratamiento con dicha sustancia en pacientes pediátricos.

Método: Estudio prospectivo a un grupo de pacientes con indicación de manejo endoscópico de RVU, utilizando el copolímero de poliacrilato-polialcohol (Vantris®). Fueron estudiados los resultados a mediano plazo; y una entrevista al personal médico en relación al empleo del producto.

Resultados: En un período de 14 meses (Marzo 2008 a Abril 2009) se trataron endoscópicamente a 14 pacientes (9 femeninos); correspondiendo a 21 unidades ureterales; 7 bilaterales, 4 derechas y 3 izquierdas. Con respecto al grado de RVU, 3 fueron grado I, 6 grado II, 8 grado III y 4 grado IV. La edad promedio fue de 5 años (1 a 13 años). El volumen total inyectado promedio fue de 1.1 cc (0.7 a 2.8 cc). Tiempo promedio del procedimiento 12 minutos (7 a 16 min.).

No se presentaron incidentes durante el procedimiento. El seguimiento promedio fue de 10 meses (5 a 18 meses). Un paciente presentó una recidiva del RVU a un grado menor; requiriendo tratamiento quirúrgico; otro paciente desarrolló hidroureteronefrosis no obstructiva. 100% de los casos están libres de ITU. El control se hizo ecográficamente, quedando pendiente el control con UCG postinyección. Con respecto a la opinión de los médicos que utilizaron el producto; el material les pareció con más densidad y menor maneabilidad; aún así sin impedir la formación de un adecuado "volcán".

La aguja flexible, incluida en el producto; impresionó con algunas dificultades para controlar el sitio exacto de punción así como la profundidad.

Conclusión: Aparentemente resultados obtenidos con nuevo producto son similares a los obtenidos con los productos previamente utilizados. La sensación del procedimiento se debe a la consistencia del producto y de la aguja flexible; lo cual es superado con el uso continuo del mismo. Se reconoce faltan estudios de seguimiento a largo plazo para corroborar la permanencia del producto en el tiempo, como lo refiere el fabricante.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Afalia : faloplastía con colgajo de Gilles , presentación de un caso

Autores: Becar H; Varela M; Pinilla C; Rodríguez J; Ossandón F.

Unidad de Urología. Hospital Luis Calvo Mackenna

Santiago, Chile

Introducción: La afalia es una entidad rara, con frecuencia de 1 en 3 ó 30 millones de RN vivos, la causa es la ausencia del tubérculo genital o falla en el desarrollo hacia el pene, el diagnóstico se certifica con Eco dopler y/o Resonancia nuclear magnética (RNM). El tratamiento es diverso y va desde cambio de sexo a faloplastía.

Descripcion del Caso: Se trata de un niño que al nacer presenta diagnóstico de afalia, Malformación anorectal (MAR) y reflujo vesicoureteral (RVU) izquierdo, con nefropatía por reflujo. En reunión multidisciplinaria y en acuerdo con los padres se decide tratamiento. En una primera etapa se trata la MAR, y se realiza vesicostomía, luego se efectúa derivación urinaria continente tipo Mitrofanoff con uréter izquierdo. El tratamiento de la afalia fue con colgajo de Gilles, obteniendo resultado muy satisfactorio estético y psicológico, actualmente se encuentra a la espera de implante de una prótesis peneana.

Revision del Tema: Hay muy pocos casos publicados de pacientes con esta patología (80), el diagnóstico debe certificarse con Ecografía y/o RNM para certificar la ausencia de cuerpos esponjoso y cavernoso, y siempre debe solicitarse estudio cromosómico y cistografía para visualizar la uretra. El tratamiento debe realizarse por un equipo multidisciplinario y debe considerarse los conceptos actuales sobre impregnación sexual prenatal. La edad de la faloplastía es discutible, pero actualmente se piensa que debido a la imagen corporal debe hacerse antes de la pubertad, previo a la colocación de la prótesis. El tratamiento de la afalia representa un desafío de orden médico y psicológico, más aún debido a lo infrecuente de la patología y debe considerar conceptos de impregnación sexual prenatal.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Experiencia en divertículo vesical gigante en niños

Autores: Pinilla C; Rodríguez J; Becar H; Ossandón F; Concha G.

Unidad de Urología. Hospital Luis Calvo Mackenna

Santiago, Chile

Introducción: Los divertículos vesicales gigantes son aquellos que miden más de 5 cm o corresponden a 1/3 de la capacidad vesical en la UCG. Son poco frecuentes. Pueden ser 1arios, 2arios o asociados a síndromes. Su tratamiento es quirúrgico.

Objetivo: Mostrar la experiencia acumulada en 19 años, en el diagnóstico y tratamiento de esta patología.

Material y Metodos: Estudio retrospectivo de 12 pacientes operados por el equipo Urológico del Hospital Calvo Mackenna.

Resultados: 10 niños y 2 niñas; el promedio de edad fue 6.2 años; la presentación clínica más frecuente fue la ITU febril (91%), luego la retención urinaria (33%). La mayoría tenía daño renal (75%) y RVU asociado (58%). La cirugía efectuada en 9 casos fue diverticulectomía y en 3 casos se realizó incorporación del divertículo a la vejiga. En 9 casos se hizo neimplante con técnica de Cohen. La evolución fue favorable en todos salvo un caso en el que hubo recidiva del divertículo, que luego se incorporó a la vejiga. Todos los pacientes con diverticulectomía tienen micción normal, los 3 ampliados con divertículo han mejorado la urodinamia.

Discusión: La edad y presentación clínica es similar a lo encontrado en otras series, llama la atención el daño renal y RVU asociado. En el tratamiento se debe considerar no solo la diverticulectomía sino también la incorporación del divertículo en casos seleccionados, que mejora la capacidad y compliance vesical.

Conclusion: Los divertículos vesicales son una patología poco frecuente.

La presentación más habitual es la ITU febril.

Hay una asociación importante con daño renal y RVU.

La diverticulectomía es lo más frecuente y con buen resultado, pero también la incorporación del divertículo como autoampliación vesical es una buena alternativa.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**HEMANGIOMA CAVERNOSO GIGANTE DE VEJIGA EN NIÑOS:
SEGUIMIENTO DE UN CASO A LARGO PLAZO Y ABORDAJE QUIRÚRGICO
CONSERVADOR**

Autores: Viale A, Campaña R, Perez Lau F, De Carli C
Asociación Norpatagónica de Cirugía Infantil. Hospital Castro Rendón de Neuquén
Neuquén, Argentina

Introducción: Hemangiomás de vejiga son una causa infrecuente de hematuria en niños, presentándose raramente en la edad pediátrica. Cistectomía parcial puede ser indicada en casos de hemangiomás confinados al domo vesical.

Hemangiomás vesicales gigantes pueden resultar en cistectomías extensas que podrían requerir ampliación vesical. Se reporta un caso de hemangioma cavernoso gigante de vejiga (HCGV) observado a largo plazo. Describimos un abordaje quirúrgico innovador mediante tumorectomía demucosada con conservación de la pared vesical.

Paciente y métodos: Paciente de 8 años de edad que presentó episodios repetidos de hematuria macroscópica. Estudios complementarios demostraron lesión vesical extensa ocupando la mayor parte de las paredes postero-laterales de la vejiga próximo al trigono; y el domo vesical. Diagnóstico definitivo fue obtenido por biopsia a cielo abierto. Seguimiento se realizó con cistoscopías y ecografías anuales. La conducta fue en principio observacional por un período de 7 años.

Finalmente se realizó cirugía curativa mediante tumorectomía demucosada del hemangioma. Se describe la clasificación quirúrgica según la Asociación Norpatagónica de Cirugía Infantil.

Resultados: Anatomopatología reveló HCGV. RMN definió con mayor precisión la localización del tumor dentro de la pared vesical. Seguimiento con ecografías y cistoscopías demostraron regresión parcial y progresiva del tumor limitándose al domo vesical y paredes vesicales, apartándose del trigono vesical. Cistoscopia fue determinante al momento de decidir la conducta quirúrgica. Resección completa del tumor mediante tumorectomía demucosada permitió la curación del mismo y la conservación de la mayor parte de la pared vesical.

Conclusión: Se recomienda tumorectomía demucosada solo en lesiones submucosas, que comprometan o no la mucosa, sin infiltración de la capa muscular. La técnica es segura, libre de hemorragias y evita resecciones extensas de la pared vesical disminuyendo la morbilidad. Seguimiento con cistoscopías es recomendado para valorar la evolución del tumor y el momento quirúrgico.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**NEFRECTOMÍA POLAR SUPERIOR EN MENOR DE 1 AÑO CON ABORDAJE
LAPAROSCÓPICO TRANSUMBILICAL**

Autores: Pablo Lucarelli, Hector Ramallal, Menard Mauricio, Strippoli Marcos
Hospital Pasteur
Villa María, Argentina

Introducción: La heminefrectomía laparoscópica es una operación viable para el tratamiento de la duplicación renal en niños. Se puede realizar de manera retroperitoneal o transperitoneal. Nuevas técnicas se están popularizando para el abordaje quirúrgico de diversas patologías, como lo es el N.O.T.E.S, N.O.T.U.S, imán lap, scarless, para las cuales se requiere de instrumental sofisticado y de alto costo. El abordaje laparoscópico transumbilical es una nueva alternativa.

Objetivos: Presentar el abordaje laparoscópico transumbilical para la realización de nefrectomía polar superior con instrumental laparoscópico convencional en un caso de uréter ectópico derecho.

Material y Métodos: Masculino de 5 meses de edad, 7,8 kgs, eutrófico, sin antecedentes perinatales, infecciones urinarias (3 episodios) examen físico: normal. Laboratorio completo con función renal normal. Estudios de imágenes: ecografía: doble sistema pielocalicial bilateral con dilatación de pelvis superior derecha (pelvis 16 mm) y uréter distal derecho (11 mm) desembocando en uretra posterior. Uretrocistografía: normal. Dinámico renal y cámara gamma: clearance radioisotópico de riñón izquierdo 55,8% y de riñón derecho 44,2%. El riñón derecho muestra un área hipocaptante en el polo superior. Uretrocistoscopia: normal. Se realiza nefrectomía polar superior derecha con ureterectomía distal laparoscópica transumbilical. Se colocan trocar de 10 mm a nivel umbilical para óptica, trocar de 5 mm a nivel umbilical canal de trabajo y trocar de 5 mm en flanco derecho, para drenaje.

Resultados: Tiempo operatorio: 105 minutos, sin complicaciones intra y postoperatorias hasta la fecha. Tolerancia dieta a las 4 hs, se retiro drenaje a las 24 hs y alta hospitalaria. Ecografía control a los 7 días mostró buena diferenciación córtico medular del riñón derecho no observándose colecciones.

Conclusión: Los resultados no se pueden extrapolar al ser un único caso. Concluimos que el abordaje laparoscópico transumbilical puede ser realizado con instrumental de laparoscopia estándar, para este tipo de patología y paciente. Se destaca el excelente resultado estético y el alta hospitalaria temprana.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

OBSTRUCCIÓN DE DIÁLISIS PERITONEAL: MANEJO LAPAROSCÓPICO

Autores: Arias Alejo Javier, Morandini Miguel, Barrionuevo Carlos, Ledesma Juan Carlos, Reyes Omar
Hospital Interzonal de Niños Eva Peron
Catamarca, Argentina

Resumen: La Diálisis Peritoneal (DP) de indicación frecuente en pediatría como reemplazo de función renal, presenta diversas causas de disfunción: infecciosas y no infecciosas (NI). La obstrucción (NI) comúnmente se debe a: bloqueo de epiplón mayor o fibrina y/o migración/acomodación de extremo peritoneal del catéter. El abordaje laparoscópico es un instrumento para resolver estos problemás. Presentamos nuestra experiencia desde Junio de 2008 a Julio 2009 en 4 pacientes. Ilustrando con imágenes el procedimiento realizado. Pacientes incluidos en la muestra: (a) varón 11 años: insuficiencia renal crónica (IRC). (b) Mujer 8 meses, (c) y (d) varones de 6 y 18 meses: síndrome urémico hemolítico (SUH). Se realizo laparoscopia exploradora (2 trocars 5mm) constatando obstrucción en (b), (c) y (d); Obstrucción y migración en (a). Se procedió a desobstruir y reposicionar solo en (a) el extremo peritoneal de los catéteres. Omentectomía videoasistida y verificación de dinámica dialítica en todos. Se refuncionalizaron los catéteres instrumentados exitosamente.

Tiempo operatorio medio 30 minutos. Seguimiento 199 días en caso de (a) y 9, 3 en (b), (c) y (d). El recurso utilizado es avalado por centros de referencia en terapia de sustitución renal. Describimos nuestra experiencia y observamos el éxito del abordaje. Sin embargo como dato relevante observamos un alto índice de disfunción obstructiva. Probablemente por falla en la colocación primaria de DP. Es controvertida la realización de omentectomía en forma generalizada. Se describen alternativas como omentorrafia a ligamento redondo o colocación sin manipular epiplón en situaciones agudas dada las funciones propias del órgano. La visión intraperitoneal del catéter permitió asegurar un correcto funcionamiento tras instrumentar los medios para lograrlo. Este recurso será incluido en nuestro protocolo de colocación DP buscando evitar reincidir con las complicaciones descritas.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

PRÓTESIS TESTICULAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ¿TAMAÑO ADULTO EN EDAD PEDIÁTRICA?

Autores: López P.J., Reed F., Reyes D., Acuña C., Gana R., Letelier N., Zubieta R.
Hospital Exequiel González Cortes
Santiago, Chile

Objetivo: No existe consenso acerca de la edad a la cuál se debe de colocar una prótesis testicular definitiva, si debe de ser al inicio de la adolescencia o de la adultez. En nuestro servicio nos enfrentamos a esta disyuntiva frecuentemente por ser un centro de alta complejidad en urología infantil. Nuestro objetivo es reportar nuestra experiencia, junto con las complicaciones; y comparar nuestros resultados con la escasa literatura en el tema; con mayor énfasis en la edad de colocación de las prótesis.

Método: Se realizó una revisión retrospectiva de pacientes en los cuales se colocaron prótesis testiculares en un período de 111 meses (Enero 2000 a Marzo 2009); evaluando causas, técnica quirúrgica, complicaciones y seguimiento.

Resultados: Se colocaron 21 prótesis testiculares a 17 pacientes (3 bilaterales). Se descartaron 2 pacientes por falta de ficha clínica. De los pacientes restantes, se obtuvo un total de 17 prótesis testiculares colocadas; 3 derechas, 10 izquierdas y 2 bilaterales. La media para la edad de colocación fue de 11.8 años (5 a 20). Se utilizaron prótesis Número 3 y 4, siendo ésta última la más utilizada. En un 70% de los casos la causa de orquiectomía fue la torsión testicular. Hubo una distribución muy similar en la vía de acceso para la colocación de la prótesis, utilizándose tanto la vía escrotal como la vía inguinal (47 vs. 53%). No se presentaron complicaciones en ningún paciente, con un seguimiento de 1.8 meses (1 a 43 meses).

Conclusiones: Podemos concluir que la colocación de prótesis testiculares en pacientes pediátricos es segura, con un éxito elevado. La vía de acceso para la misma no mostró diferencias, por lo menos en nuestro estudio. Con una media para la edad de 11.8 años, impresionaría que no se necesario esperar al término de la adolescencia o inicio de la adultez para colocar una prótesis testicular definitiva. En la literatura, no se encontraron registros lo suficientemente grandes en pacientes pediátricos; y aunque se tiene un número considerable de casos en este estudio, consideramos que aún falta un estudio con mayor número de casos, mayor seguimiento; y una evaluación psicológica de los pacientes.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

SUSTITUCIÓN VESICAL TOTAL. RECONVERSIÓN DE UN CONDUCTO ILEAL EN UN RESERVORIO VESICAL CONTINENTE

Autores: Javier Lerena Rodriguez, Joan Rodó, Luis García Aparicio, Freud Caceres, Lucas Krauel, Enrica Rossi
Hospital Sant Joan de Déu
Barcelona, España

Objetivo: Los problemas derivados de la falta de capacidad o de la mala acomodación vesical se solucionan con técnicas rutinarias de ampliación vesical que conservan parte o toda la vejiga, pero cuando es necesaria la sustitución vesical completa, es necesario combinar técnicas de uso poco habitual. El objetivo de este video es presentar la cirugía que se realizó a una paciente en la que fue necesario realizar una sustitución vesical completa.

Material y método: Paciente mujer, de 5 años de edad, afecta de senourogenital y uréteres ectópicos. A esta paciente se le había practicado una cistectomía total y una derivación urinaria transileal tipo Bricker. En la intervención, se liberó la ileostomía cutánea, se destubulizó parcialmente el segmento intestinal correspondiente a la misma y se reconfiguró convirtiéndolo en una hemiesfera. Las anastomosis ureterointestinales fueron respetadas. La hemiesfera complementaria se obtuvo a expensas de otro segmento de ileon que también fue destubulizado y reconfigurado. Con la sutura entre sí de ambas hemiesferas se completó el reservorio vesical. A dicho reservorio, y siguiendo el principio de Mitrofanoff, se le anastomosó otro segmento ileal reconfigurado según la técnica de Yang-Monti-Casale.

Resultados: La paciente vacía su neovejiga mediante cateterismo intermitente, y tras 3 años de seguimiento la evolución es satisfactoria, sus riñones no han sufrido deterioro alguno y no presenta reflujo.

Conclusión: La ausencia de vejiga, funcional o física, no implica necesariamente la derivación urinaria externa, si se dispone del armamentario quirúrgico adecuado.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

SUSTITUCIÓN VESICAL TOTAL. CONSTRUCCIÓN DE UN RESERVORIO VESICAL CONTINENTE TIPO STUDER

Autores: Javier Lerena Rodríguez, Joan Rodó, Xavier Tarrado, Luis García Aparicio, J.M.Ribó.
Hospital Sant Joan de Deu
Sección de Urología. Servicio de Cirugía Pediátrica
Barcelona, España

Objetivo: Los problemás derivados de la falta de capacidad o de la mala acomodación vesical se solucionan con técnicas rutinarias de ampliación vesical que conservan parte o toda la vejiga, pero cuando es necesaria la sustitución vesical completa, es necesario combinar técnicas de uso poco habitual. El objetivo de este video es presentar la cirugía que se realizó a una paciente en la fue necesario realizar una sustitución vesical completa.

Material y método: Paciente mujer, de 6 años de edad, afecta de extrofia vesical. A esta paciente, inicialmente se le practicó el cierre de la placa vesical y una ureterostomía cutánea terminal derecha. A los 2 años de edad se le practicó una transureteroureterostomía izquierda derecha y se mantuvo la ureterostomía derecha. En la intervención, la vejiga excluida, atrófica y carente de uretra y cuello se reconfiguró convirtiéndola en uretra. Posteriormente se destubulizó parcialmente un segmento ileal y se reconfiguró siguiendo la técnica de Studer, convirtiéndolo en un neoreservorio vesical. En la parte más declive de éste se anastomosó la neouretra.

Resultados: La paciente vacía su vejiga mediante cateterismo intermitente, y tras 2 años de seguimiento la evolución de la misma es satisfactoria. Sus riñones no han sufrido deterioro alguno, no presenta reflujo y la ureterohidronefrosis secundaria a la ureterostomía, que presentaba en el preoperatorio, ha desaparecido.

Conclusión: La ausencia de vejiga, funcional o física, no implica necesariamente la derivación urinaria externa, si se dispone del armamentario quirúrgico adecuado.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**ANÁLISIS DE 330 CIRCUNCISIONES REALIZADAS EN HOSPITAL Clínico
HERMINDA MARTÍN DE CHILLÁN CHILE**

Autores: Dres. Flores S, Jara F, Canales F.Jara
Hospital Clínico Herminda Martín
Chillán, Chile

Introducción: La circuncisión es uno de los procedimientos quirúrgicos ambulatorios más frecuente en nuestro medio se realiza por razones terapéuticas en pacientes con diagnóstico de fimosis, profilácticamente o como ritual religioso. En Chile no se practica rutinariamente la circuncisión neonatal y se realiza en forma terapéutica en aquellas fimosis patológicas o asociadas a infecciones urinarias, postitis Y en aquellos lactantes en que hay englobamiento del prepucio durante la micción. El objetivo de este trabajo es analizar las indicaciones de circuncisión y sus complicaciones en nuestro servicio.

Material y Método: Estudio retrospectivo, de fichas de pacientes operados de circuncisión entre el 1 de enero de 2008 al 30 de junio del 2009, en el Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, se analizaron un total de 330 fichas. Consignando edad, diagnósticos relacionados, complicaciones post operatorias.

Resultados: El 10% corresponde a menores de 4 años, 90% entre 4 años y 14 años 11 meses. Con respecto a las indicaciones, en el grupo menor de 4 años el 27% presenta diagnóstico de vejigas prepuciales, 21% diagnóstico de ITU y 52% catalogado de fimosis puntiforme, en el grupo de 4 a 14 años 11 meses, el 2,7% se relaciona con balanitis xerótica obliterante, 1 paciente con diagnóstico de parafimosis que corresponde a un 0.3% y 2.2% con diagnóstico de pene sumido. Las complicaciones registradas en este estudio arrojaron los siguientes resultados: Sangramiento 0.5% requiriendo revisión en pabellón 1 paciente, infección 1,8% todas manejadas con tratamiento médico, Granuloma surco balanoprepucial 1,5% requiriendo tratamiento quirúrgico 1 paciente, Cicatriz retráctil 3,3%, 2 pacientes requirieron nueva intervención.

Conclusiones: La circuncisión en esta serie está indicada de modo terapéutico encontrando diferencias en los diagnósticos según edad en los menores de 4 años la causa más frecuente es fimosis puntiforme, seguido de vejigas prepuciales y pacientes con ITU, en niños mayores no más de un 3% corresponde a balanitis xerótica. En cuanto a las complicaciones en este estudio son de baja frecuencia, la mayoría cede con tratamiento médico siendo y un escaso número de pacientes requiriere nueva intervención.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Comparación de dos técnicas de sutura en circuncisión

Autores: Drs. Herrera P, Muñoz V, Sepúlveda F, Donoso M.
Hospital Padre Hurtado
Santiago, Chile

Introducción: La circuncisión es probablemente la cirugía más frecuente de la edad pediátrica. A pesar de esto no existe consenso en la mejor técnica disponible, dependiendo esto del uso del grupo quirúrgico, más que la evidencia acumulada.

En la presente comunicación queremos mostrar nuestro intento de comparar dos técnicas en forma ciega.

Material y métodos: En forma prospectiva y aleatoria se dividió 80 niños portadores de fimosis en dos grupos, técnica 1 o 2 de acuerdo a la división. Ambos grupos de 40 pacientes fueron operados por 1 solo cirujano, dominando ambas técnicas. Los pacientes fueron evaluados en forma post-operatoria inmediata por el mismo cirujano, y luego en 2 a 6 meses por Cirujano Plástico Pediátrico para evaluar su aspecto, con una plantilla estandarizada.

Resultados: En forma inmediata no se lograron detectar diferencias significativas entre ambas técnicas en cuanto a hematomas, sangrado, cobertura o presencia de edema ventral. Desgraciadamente al control alejado sólo asistió el 50% de los pacientes, quedando 2 grupos de 20 pacientes para cada técnica. En cuanto al resultado cosmético a largo plazo, la pérdida muestral no permite sacar conclusiones, sin embargo entre los que regresaron a control (50%), no hubo diferencias en complicaciones tardías ni en porcentaje de cobertura estimado, tampoco en la presencia de mamelones en la línea de sutura ni en el aspecto percibido en forma subjetiva por los padres

Comentarios: No se puede establecer diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a los resultados observados con el modelo planteado.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Incontinencia Urinaria y Cirugía de Cuello Vesical

Autores: Becar H, Ossandón F, Rodríguez J, Concha G, Butler C.
Urología Pediátrica, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna
Santiago, Chile

Introducción: La incontinencia urinaria en niños es una patología de gran impacto en la calidad de vida de los niños afectados. Su etiología es multifactorial, y existen diferentes alternativas quirúrgicas, cuando su origen es el cuello vesical.

Objetivo: Revisar la experiencia obtenida en el manejo de niños con esta patología en los últimos 10 años en el HLCM.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de 10 pacientes con Incontinencia Urinaria.

Resultado: 6 hombres, 4 mujeres, 7 origen neurogénico y 3 no neurogénico, promedio de edad 9 años al momento de la cirugía; 9 de ellos con Cateterismo Intermitente Limpio (CIL). La técnica quirúrgica empleada fue 7 Sling de fascia de recto abdominal; 2 Pippisalle; y en 1 se efectuó Young Dees. El resultado posquirúrgico fue 5 con continencia total, 3 de Sling, 1 Pippi Salle, 1 Young Dees; 4 pacientes con continencia parcial, 3 Sling, 1 Pippi Salle; 1 incontinente, de Sling. 8 se encuentran con CIL y 2 sin CIL.

A 7 niños se les efectuó ampliación vesical, y en 2 se efectuó posterior a la cirugía de Sling por persistir con incontinencia parcial.

Hubo dos complicaciones operatorias, 1 ruptura vaginal y otro de vejiga, 1 tardía fistula del neotubo PSalle.

El seguimiento fue entre 1 y 9 años.

Discusión: La ampliación vesical favoreció la continencia urinaria. El Sling en 360° no presentó complicaciones de uretra.

El promedio de edad quirúrgica se aleja de la necesaria para solucionar la necesidad social de continencia urinaria en el ingreso escolar del niño, como indicador de calidad de vida.

Conclusiones: La cirugía de cuello vesical en niños en nuestra serie muestra cambios favorables en la incontinencia urinaria, con pocas complicaciones y morbilidad, lo que la hace una buena alternativa para esta patología.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

MÉTODO DEL “ANILLO PLÁSTICO” PARA POSTECTOMÍA EN PEDIATRÍA

Autores: Zanotti-Cavazzoni, A.
Instituto Privado del Niño
Asunción, Paraguay

Introducción: El propósito es la extirpación del prepucio redundante hasta el surco balano prepucial, independientemente del método utilizado. El cuidado post operatorio de la herida, es particularmente engorroso, ya que es particularmente dolorosa y no se puede esperar la colaboración del niño. El método convencional se basa en la extirpación completa del prepucio y la sutura coronal de los bordes muco-cutáneos, quedando la superficie denudada del glande, totalmente expuesta y muy sensible hasta la reepitelización de esta superficie. El método que se presenta, consiste en deslizar un anillo plástico del ancho del glande, debajo del prepucio hasta el surco balano-prepucial, que se sujeta al prepucio seccionado con una ligadura, que or desecación de este borde, se desprenderá espontáneamente.

Objetivo: Se presenta un método, novedoso en nuestro medio, para realizar postectomias en pacientes pediátricos. El trabajo incluye, el análisis de la experiencia acumulada con este método en un período de 36 meses en ambiente de práctica privada, la descripción del dispositivo “Anillo plástico” y la técnica operatoria de este método.

Material y Método: Análisis retrospectivo de los datos registrados de pacientes operados de postectomía, por el mismo cirujano, en diferentes Centros Médicos privados, con el novedoso método del “anillo plástico”, a lo largo de un período arbitrariamente seleccionado de 36 meses, que comprende del 01 Septiembre 2006 al 30 Agosto 2009. Se analizó: La aplicabilidad del método; La edad de los pacientes; Las complicaciones del método; El tiempo promedio de desprendimiento del “anillo”; La evolución post operatoria de los pacientes con controles semanales y El grado de satisfacción de los padres, sobre todo, los que tenían experiencias previas con el método convencional de postectomía.

Resultados: De un total de 170 pacientes operados de postectomía en este período, 114 pacientes fueron operados por el método del “anillo plástico” y seleccionados para el análisis. La edad de nuestros pacientes, varía entre Recién Nacidos (R.N.) y 13 años. El tiempo promedio de la duración del procedimiento quirúrgico es de 15 minutos y el tiempo promedio del desprendimiento del anillo fue de 18 días de post operatorio. Las complicaciones encontradas fueron escasas, tres casos de parafimosis causada por el “anillo plástico”, que requirieron el retiro urgente del anillo y dos casos de hemorragia por desprendimiento del frenillo, que requirieron electrocauterización. La gran mayoría de los pacientes han tenido una muy buena recuperación post operatoria, sin mayores molestias, permitiendo el buen cuidado de la herida por los padres.

Un buen número de padres fueron contactados para realizar una encuesta de “Grado de Satisfacción” con el método aplicado, coincidiendo la mayoría en un alto grado de aceptación del método.

Conclusión: El método del “Anillo Plástico” para postectomía es aplicable a pacientes pediátricos. La cirugía es relativamente sencilla y rápida. Los cuidados post operatorios son muy llevaderos. Tiene alto grado de aceptación.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

MITROFANOFF ANTERIOR; INFLUYE EN LOS RESULTADOS DE LARGO PLAZO EL SITIO DE IMPLANTACIÓN VESICAL?

Autores: López P.J., Reyes D, Olivos M., Reed F, Gana R., Letelier N., Zubieta R.
Hospital Exequiel González Cortes
Santiago, Chile

Introducción: El cateterismo intermitente limpio (CIL) es una estrategia terapéutica útil en pacientes que requieren de vaciamiento vesical periódico. En 1980 Mitrofanoff propone un ostoma continente en cara posterior para pacientes que no puedan realizar CIL convencional. A pesar que se piensa que la derivación en posición ventral tiene mayores complicaciones, prácticamente no existe literatura que haya reportado diferencias a nivel de complicaciones en relación al sitio de implantación. Se presenta la experiencia de esta unidad, con el uso de Mitrofanoff Anterior (MA), comparándola con la literatura.

Método: Análisis retrospectivo de pacientes con derivación continente tipo Mitrofanoff, operados en nuestra unidad desde 1996 hasta Julio 2009. Nuestra técnica de MA consiste en un ostoma cateterizable recto entre vejiga anterior y ombligo, con fijación a cara interior de fascia abdominal. Se evalúan complicaciones y seguimiento a largo plazo.

Resultados: En 13 años, de 44 MA, se rescataron 43 fichas: 20 niñas y 23 niños (53%); edad promedio de 6 años (1-15 años). 59% eran portadores de vejiga neurogénica secundaria a Mielomeningocele. 14% fueron pacientes transplantados renales. La complicación más frecuente fue estenosis del ostoma (18%). Con un seguimiento promedio de 83 meses (8-156 meses) no hubo diferencia significativa con respecto a litiasis y/o ITU, así como residuo post CIL.

Por la posición del ostoma, no se presentó dificultad para el cateterismo, incluso en vejiga sobredistendida.

Conclusión: Los resultados presentados avalan la implantación en cara vesical anterior. Pese a las escasas publicaciones comparativas, podríamos afirmar que no existen diferencias importantes en relación a seguridad y facilidad del cateterismo, ni desarrollo de complicaciones derivadas del supuesto estasis urinario por vía anterior. Por su sencillez, estética, escasas complicaciones y reproductividad técnica, recomendamos el uso de Mitrofanoff en cara vesical anterior como una buena alternativa para cateterismo vesical.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TÉCNICA MODIFICADA DE CUCKOW: MEJORAMIENTO DE COBERTURA CUTÁNEA PARA MEGAPREPUCIO CONGÉNITO

Autores: Ramírez R., Campos J., Retamal M., Montaña D.
Servicio de Urología Pediátrica, Hospital Roberto del Río; Clínica Indisa.
Santiago, Chile

Introducción: Siendo la técnica de Cuckow para megaprepucio congénito reproducible, adolece de brevedad de la piel para cobertura cutánea y complicaciones isquémicas de los colgajos, por lo que se decide modificar ésta.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes operados de megaprepucio congénito con técnica modificada por el autor. Las modificaciones consisten en una mayor longitud del reborde mucoso, la no realización de resección de tejido graso y ausencia de incisión ventral peneana.

Resultados: Se operaron 16 pacientes entre mayo de 2007 y febrero de 2009. El rango de edad fue entre 6 meses y 14 años (promedio 70 meses). El diagnóstico fue clínico, encontrándose megaprepucio. En todos se usó la modificación descrita por el autor. El tiempo quirúrgico promedio fue de 95 minutos. A todos se les colocó sonda Foley uretral, curación tipo embarrilamiento, con un promedio de 2 días hospitalizado, con un seguimiento promedio de 15, 6 meses. El resultado estético fue bueno, lográndose una buena elongación de los cuerpos cavernosos, solución de la estrechez prepucial y buena cobertura cutánea. No hubo complicaciones de ningún tipo (hematomás, epidermolisis, infección).

Conclusiones: La incorporación de estas modificaciones, permite evitar las complicaciones derivadas de la técnica de Cuckow original, según nuestra experiencia, lográndose buen resultado estético con buena longitud peneana.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Tratamiento con corticoides tópicos en fimosis , experiencia de 2 años en un hospital del sur de Chile

Autores: Nome C, Suárez V, Labraña C, Frutos C.
Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Servicio de Salud Araucanía Sur, Universidad Mayor, sede Temuco. IX Región
Temuco, Chile

Introducción: La fimosis se define como la incapacidad para retraer el prepucio a una edad a la cual normalmente debería retraerse. Diversos estudios avalan el tratamiento con corticoides tópicos como primera alternativa terapéutica en pacientes con fimosis.

Objetivo: Demostrar la eficacia del tratamiento con corticoides tópicos en la fimosis.

Material y Método: Se tratan niños desde los 3 años de edad con diagnóstico de fimosis durante el período de tiempo comprendido entre Abril 2007 a Abril 2009 Considerando la clasificación de los 5 estadios o grados descritos en la literatura, se crea una clasificación abreviada considerando los tipos I y II como fimosis y III y IV como estrechez prepucial. El estadio V se considera como normal. Se somete a tratamiento con Betametasona 0,05%, indicándose aplicación tópica sobre el prepucio sin traicionar durante una semana dos veces al día, y retrayendo suavemente el prepucio sin provocar dolor ni sangramiento desde la segunda a cuarta semana. Los pacientes se evalúan a las 4, 8 y 12 semanas. Se considera curación a aquellos que se logran liberación completa del prepucio y fracaso a aquellos que no se logró liberar o persisten con una estrechez prepucial mantenida.

Resultados: Se evaluaron 97 niños, con edades entre 3 y 9 años, con una edad media de 5,1 años. 45 de ellos con fimosis (Grado I-II) y 53 con estrechez prepucial (grado III-IV). Se logró una curación de 70 pacientes, y 27 fracasaron en el tratamiento y que por lo tanto requirió cirugía. De los fracasos; 20 de los 27 pacientes pertenecen al grupo de los fimóticos (grado I-II), en cambio al grupo curado, solo 25 de 70 era fimótico. La mejoría se da en pacientes indistinta su edad (3 a 9 años) y etnia, donde se curaron 68% de mapuches y 71% no mapuches resultados que no demuestran diferencia significativa

Conclusión: De todos los pacientes tratados, los que presentan una fimosis severa (grado I-II) tienen mayor fracaso al tratamiento con corticoides que los que solo presentan estrechez prepucial (grados III-IV). Los seguimientos a largo plazo son fundamentales para pesquisar recidiva de los tratamientos médicos y tienen nula posibilidad de lograr una mejoría con un segundo ciclo terapéutico. No existió un patrón proporcional entre edad y mejoría, ni tampoco en etnia (mapuche – no mapuche)

Discusión: La circuncisión, es un procedimiento útil, pero no exento de riesgos quirúrgicos y anestésicos. La cirugía implica un costo económico elevado para el hospital y emocional para los pacientes. El tratamiento con corticoide tópicos en una alternativa de tratamiento útil, barata y simple que permite a muchos pacientes (sobre todo a aquellos con fimosis grado III – IV) ser curados de su patología, evitando así una cirugía.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

UTILIDAD DE LA FIJACIÓN DE LA VEJIGA AL PSOAS (VEJIGA PSOICA) EN EL CURSO DE UNA REIMPLANTACIÓN URETERAL. REVISIÓN DE NUESTROS CASOS

Autores: Javier Lerena Rodríguez, Joan Rodó, Lucas Krauel, Luis García Aparicio, Freud Cáceres
Hospital Sant Joan de Deu
Barcelona, España

Objetivo: Revisar nuestra casuística de reimplante ureteral cuando, por cualquier circunstancia, el uréter distal ha sufrido un acortamiento.

Material y método: Entre 1983 y 2007, fueron tratados 21 pacientes (13 varones y 8 mujeres) que precisaron la fijación de la vejiga al psoas en el curso de un reimplante ureteral. Las edades oscilaron entre 5 meses y 16 años. La valoración preoperatoria incluyó urografía endovenosa, cistografía, estudio isotópico, cistoscopia y analítica general. Todos los pacientes habían tenido cirugía previa. Por Prune Belly (1 caso), VUP (1), megauréter obstructivo (6), ureterocele (3), reflujo (9) y extrofia vesical (1). El motivo de la intervención fue: desderivación urinaria en 3, corrección del reflujo persistente tras un reimplante en 13 y ureterohidronefrosis por estenosis del reimplante en 5. En 19 casos la vejiga se fijó al psoas y el reimplante ureteral fue tipo Leadbetter-Politano. En 2 pacientes ampliados se fijó la cistoplastia al psoas y el reimplante fue mediante túnel submucoso e inversión en puño de camisa del uréter terminal.

Resultados: El seguimiento medio fue de 5, 3 años. El control demostró mejoría de la UIV y/o de la curva renográfica en todos los casos, y reflujo en 1 paciente.

Conclusión: La fijación psoica de la vejiga constituye un eficaz recurso quirúrgico que permite suplir el defecto de uréter distal y reimplantarlo sin tensión. Esta técnica, asociada a la plastia de Boari, la transureteroureterostomía (TUU), el remodelaje, la nefropexia, la partición vesical, etc. ofrece gran versatilidad en sus aplicaciones.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Abordaje sagital posterior en trastornos genitourinarios bajos

Autores: Jorge García Andrade, Alejandro Chiriboga, Jaime Altamirano, Susana Mejía, Alvaro Rodríguez
Hospital Millennium, Hospital Docente Ambato
Ecuador

Introducción: El abordaje sagital posterior (ASP) descrito por Alberto Peña y Peter de Bries, constituye la técnica ideal en el manejo y reconstrucción de patologías congénitas y/o adquiridas como la Malformación Anorectal y trastornos Urogenitales Bajos. El ASP puede ser de tipo limitado al área perineal, amplio como el transanal transrectal, y mixto cuando se trabaja con apoyo laparoscópico desde el abdomen. Presentamos nuestra experiencia en 14 casos de niños de ambos sexos con la vía de ASP en trastornos severos como: Agenesia vaginal, Seno urogenital alto y bajo, Trauma de uretra posterior, Fístula recto uretral yatrogénica, Fístula recto vaginal traumática, y Trastorno de desarrollo sexual con genitales femeninos persistentes. En dos casos nos apoyamos con manejo laparoscópico para realizar la disección de órganos pélvicos. Descartamos del presente estudio patologías como Malformación anorectal y Cloaca.

Materiales y Métodos: En un lapso de 15 años hemos tratado 14 casos interesantes de trastornos genitourinarios severos congénitos y adquiridos mediante la vía de ASP en pacientes de ambos sexos en edades comprendidas entre 9 meses y 15 años de vida. Resultados: Los 14 casos de nuestra casuística fueron portadores de trastornos genitourinarios congénitos y adquiridos; en quienes practicamos los 3 tipos de ASP tomando en cuenta el tipo de patología y la anatomía de cada una de ellas. El ASP combinado con movilización en bloque aplicamos en 2 casos de Seno Urogenital y cloaca recidivante. En dos casos más realizamos ASP combinado con movilización laparoscópica. En 8 casos realizamos ASP amplio transanal transrectal para solucionar patologías complejas como secuelas de rotura de uretra posterior, agenesia vaginal y fístulas rectovaginales y rectouretrales traumáticas y yatrogénicas. En 3 de los 14 casos practicamos ASP en pacientes que tenían cirugías previas con este abordaje.

Conclusiones: El ASP constituyó la mejor vía de abordaje para solucionar 14 casos complejos de pacientes con trastornos genitourinarios congénitos y adquiridos, aprovechando nuestra experiencia en este tipo de técnica que la realizamos frecuentemente en pacientes portadores de Malformación anorectal. En el 100% de nuestra casuística tuvimos éxito resolutivo con esta vía. La movilización laparoscópica de seno urogenital y de vagina ayudó a minimizar el campo operatorio y simplificar el ASP en 2 pacientes.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

DOBLE SISTEMA PIELOURETERAL: NUESTRA EXPERIENCIA EN 21 PACIENTES

Autores: Drs. Focacci E., Rusowsky L., Monsalve S.
Servicio Cirugía Pediátrica, Hospital Carlos Van Buren
Valparaíso, Chile

Introducción: El Doble Sistema Pielo Ureteral (DSPU) es una malformación urológica poco frecuente y de manifestación clínica variada. Su tratamiento también ofrece diversas alternativas. Se revisa la experiencia local en 21 pacientes intervenidos quirúrgicamente por ésta patología.

Material y método: Revisión retrospectiva de fichas clínicas de 21 menores operados en nuestro servicio desde el año 1991 hasta el mes de Mayo del 2009, 14 de ellos del sexo femenino.

Resultados: Sus edades de tratamiento fueron: 12 lactantes, 3 preescolares y 6 escolares. Sospecha diagnóstica por manifestación clínica en 14 pacientes, por ecografía prenatal en 4, por screening ecográfico del recién nacido en 2 y 1 hallazgo ecográfico por evaluación de otra patología. El síntoma principal en 12 pacientes fue infección del tracto urinario, masa palpable en 1 lactante y 1 preescolar fue evaluado por peso estacionario. Su estudio imagenológico fue con ecografía (21), uretrocistografía miccional (17), cintigrafía renal con DMSA (14), renograma isotópico diurético (8), pielografía de eliminación(10), scanner (1),Uro-Tac (1). El tratamiento inicial en 5 pacientes fue el destechamiento endoscópico del ureteroceles, necesitando todos más adelante una segunda intervención quirúrgica: 4 heminefrectomías y 1 nefrectomía.

En total se practicaron 12 heminefroureterectomías (HNU), sólo una correspondió al sistema inferior por presentar un reflujo vésico ureteral severo con exclusión funcional. Otro lactante presentaba un polo superior displásico con una obstrucción pieloureteral de su sistema inferior, practicándosele su pieloplastía concomitantemente con su HNU a través de una lumbotomía posterolateral. Hemos practicado reimplante ureteral como único tratamiento a 7 menores, 1 de ellos bilateral. En 2 pacientes fue necesaria su nefrectomía.

Conclusión: El DSPU es una malformación urológica poco frecuente y su tratamiento debe ser específico para cada caso clínico.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**MANEJO DEL URETEROCELE; MUCHAS ALTERNATIVAS PARA UNA
PATOLOGÍA COMPLEJA**

Autores: Letelier N., López P.J., Reyes D., Reed F., Norambuena C., Gana R., Zubieta R.
Unidad Urología Pediátrica Hospital Exequiel González Cortés
Facultad Medicina Área Sur. Universidad de Chile
Santiago, Chile

Objetivo: El ureterocele representa un problema importante en urológica pediátrica debido a alteración de función renal por obstrucción y disfunciones vesicales de difícil manejo. El manejo médico-quirúrgico no es universal con resultados no siempre satisfactorios. Nuestro objetivo es evaluar el protocolo de manejo del ureterocele aplicado en nuestra unidad desde 1995 a 2009.

Método: Estudio retrospectivo, de los últimos 14 años, de pacientes manejados con diagnóstico de ureterocele. Se consignan datos demográficos, función renal, manejo médico quirúrgico y seguimiento clínico e imaginológico a largo plazo.

Resultados: Hubo 74 pacientes en el período estudiado. El 74% fueron niñas. 71% corresponde a ureterocele en doble sistema. ITU fue la primera causa que motivo el de estudio, seguido por el diagnóstico antenatal de hidronefrosis; sólo 2 casos de ureterocele diagnosticados antenatalmente. 33% de los pacientes presentaban función renal disminuida en el polo renal afectado. 57% tuvo procedimientos extravesicales; 17% presenta procedimientos intravesicales y 27% ambos. 22% de los pacientes requirieron >1 cirugía, 7% >2 intervenciones, 3% 3 o más. La asociación con disfunciones miccionales se presenta en el 27% de los casos.

Conclusiones: Esta malformación urológica obstructiva requiere de un diagnóstico y de un manejo precoz. La evaluación antenatal y el manejo preventivo postnatal es vital. En la gran mayoría de los pacientes es posible un manejo extravesical alto como única cirugía. Los autores estamos concientes que por lo general los pacientes requieren una evaluación individual, requiriendo más tratamiento por punción que lo descrito previamente.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

OPCIÓN TERAPÉUTICA EN ESTENOSIS PIELOURETERAL DE CAUSA EXTRÍNSECA. TRANSPOSICIÓN DE VASOS POLARES INFERIORES

Autores: Benmaor, C.; Ruíz E.; Moldes J.; Ormaechea M.; De Badiola F.
Sección de Urología Pediátrica; Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Objetivo: La pieloplastia desmembrada es la técnica tradicional en el manejo de la obstrucción de la unión pieloureteral (PU) en niños. La controversia está dada por el rol que cumple el vaso polar como única etiología de la obstrucción PU.

Nosotros describimos otra opción para el tratamiento de la estenosis pieloureteral (EPU) con la transposición de los vasos polares dejando la unión intacta.

Material y métodos: Cuatro pacientes (sexo) con una edad media de xxx años fueron intervenidos quirúrgicamente.

La cirugía fue indicada por: dolor lumbar (2 ptes.), radiorenograma (RRG) con curvas acumulativas de excreción del radionucleótido (4 ptes.) y ecografía doppler confirmando la presencia de los vasos polares (4 ptes.). La técnica se realizó por vía laparoscópica transperitoneal, movilización de los vasos polares inferiores de la zona de unión pieloureteral, ausencia de estenosis pieloureteral intrínseca, transposición de los vasos en la cara anterior de la pelvis renal (Técnica de Hitch). En todos los pacientes se colocó catéter doble J en la cirugía, el cual se retiró al mes de la cirugía.

Resultados: El tiempo quirúrgico medio fue de xxx min. Todos los paciente fueron dados de alta en las primeras 24 hrs. posteriores a la cirugía. La mejoría clínica fue excelente en los dos pacientes que presentaban dolor prequirúrgico.

No tuvimos complicaciones intraoperatorias, casos de recurrencia, ni necesidad de recolocar drenajes o catéter doble J.

El seguimiento fue realizado con la clínica y ecografías renales. Disminución de la dilatación a grado 2 en 2 pacientes y normalización en los otros 2.

Conclusión: Concluimos que es una técnica simple, reproducible, con menor tiempo quirúrgico que la pieloplastia desmembrada y es capaz de eliminar la obstrucción. No requiere anastomosis de la vía urinaria con sus posibles complicaciones. La vía laparoscópica transperitoneal nos da la posibilidad de observar la unión PU y decidir la técnica indicada para cada tipo de estenosis.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

REVISIÓN DE EXPLORACIONES LAPAROSCÓPICAS EN TESTÍCULOS NO PALPABLES EN HOSPITAL DE SAN CARLOS CHILE

Autores: Drs. Flores S, Santos M, Ramírez R, Al. Canales F, Jara F.
Servicio de Cirugía Infantil Hospital San Carlos
San Carlos, Chile

Introducción: La laparoscopia se describió por primera vez en la exploración de testículo no palpable en 1976, Actualmente es la técnica de elección en el diagnóstico y tratamiento de esta patología. El objetivo de éste trabajo es revisar nuestra experiencia con ésta técnica y analizar los resultados.

Material y Método: Estudio retrospectivo, de fichas de pacientes con diagnóstico de testículo no palpable en el Hospital de San Carlos entre los años 2001 y 2008, se analizaron un total de 21 fichas de pacientes con diagnóstico de testículo palpable unilateral o bilateral se consignó edad, diagnóstico, hallazgos operatorios, tipo de cirugía abierta o laparoscópica y seguimiento.

Resultados: La edad promedio de cirugía fue 6 años, el menor de 3 años y el mayor de 13 años, el 52.4 % se localizaron intraabdominales, 14.3% resultaron testes evanescentes y en 33, 3% se localizaron en conducto inguinal.

En los pacientes en que se encontraron testes intraabdominales se realizó 1º tiempo de fowler Stephens y con promedio de 10 mese se realizó la 2ºcirugía encontrando solo un teste atrófico en un paciente con bilateralidad, el porcentaje de éxito fue de 90.9 %, no se registraron complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: En ésta revisión la cantidad de exploraciones en que ese encontró testículos intraabdominales es similar a otras series, así como la cantidad de testes evanescentes el porcentaje de éxito fue más de un 90%, confirmando que en la presencia de testes no palpables la exploración laparoscópica por un puerto umbilical, permite realizar un diagnóstico certero y a la vez realizar el primer tiempo del de fowler-stephens es una técnica segura y con bajo índice de complicaciones.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

TESTE INTRA ABDOMINALES: DESCENSO LAPAROSCÓPICO EN UN TIEMPO

Autores: Gana R., Reyes D., López P.J., Reed F., Letelier N., Olivos M., Zubieta R.
Hospital Exequiel González Cortes
Santiago, Chile

Objetivo: La laparoscopia se ha utilizado desde 1976, como herramienta diagnóstica y terapéutica en testes no palpables.

El objetivo de este trabajo es describir la técnica quirúrgica utilizada para descenso laparoscópico en un tiempo para testículos intra-abdominales bajos y analizar nuestra experiencia y resultados.

Método: Se revisan el registro histórico de 10 pacientes portadores de teste no palpable sometidos a laparoscopia entre Enero 2000 y Junio 2009. Se incluyeron aquellos pacientes con teste intra abdominal uni o bilateral que fueron descendidos en forma laparoscópica en un solo tiempo. Se consideraron como testes intraabdominales bajos los "peeping testis" y los localizados a ≤ 2 cms o menos del anillo inguinal profundo. Se reportan características demográficas de los pacientes, así como técnica quirúrgica empleada y seguimiento.

Resultados: Del registro, se identifican 10 pacientes que cumplen con los criterios nombrados: 15 testes bajos fueron operados en un tiempo por via laparoscópica; 2 derechos, 3 izquierdos y 5 bilaterales. La mediana de edad al momento de la cirugía fue 3 años (r 1 –11a). El tiempo operatorio promedio fue 88 minutos (r 59 – 121m). Se usaron 3 trócares de 5 mm, el primero en ombligo y otros dos, en flanco y fosa iliaca contralateral, triangulados. Se elaboró un pedículo vascular adecuado, mediante un colgajo peritoneal o esquelitización de los vasos, para su descenso al escroto. Los testes fueron fijados con técnica de Surraco más pexia. No hubo complicaciones perioperatorias. El seguimiento promedio fue 2, 4 meses (1-10m). Hubo 1 teste hipotrófico más retracción, pesquisado a los 5 meses. No hubo necrosis testicular.

Conclusiones: En los 10 casos esta técnica permitió realizar disección amplia de los elementos vasculares con menor agresión quirúrgica, asegurando el descenso de los 15 testes,. Hubo un sólo caso de hipotrofia testicular y retracción. Es fundamental clasificar los teste intraabdominales en altos y bajos, a la hora de elegir la técnica a realizar. Se recomienda el abordaje laparoscópico para el descenso testicular en un tiempo para testes intraabdominales "bajos", lo que evitaría repetir la anestesia y la extensa disección que ocasionalmente se requiere durante la reoperación.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

URÉTER RETROCAVO , Y EXISTE EN LA REALIDAD .

Autores: Ossandon F, Rodríguez J, Becar H, Pinilla C, Concha G.
Hospital Luls Calvo Mackenna
Santiago, Chile

Introducción: El Uréter Retrocavo es una patología poco frecuente, y su manifestación clínica es un espectro, como causa de Hidroureteronefrosis proximal. Presentamos 2 casos clínicos vistos entre años 2006 y 2009 en nuestra unidad de urología.

Descripción: Adolescente varón de 14 años, asintomático, evaluado por malformaciones asociadas, Eco abdominal y pielograma muestran hidroureteronefrosis proximal derecha; MAG 3 con función normal, curva a derecha lenta no obstructiva.

Cirugía muestra Uréter retrocavo, efectuándose plastia ureteral, evolucionando clínica e imagenológicamente bien.

Preescolar varón de 3 años, dg prenatal de Cardiopatía e Hidroureteronefrosis izquierda. Ecotomografía post natal demuestra riñón en herradura con severa hidronefrosis derecha e Hidroureteronefrosis izquierda, MAG 3 con 62% RD, 38% RI, con curva obstructiva a derecha lo que obliga a pielostomía en período RN. Asociado presentaba atresia esofágica. En desderivación se encuentra uréter retrocavo realizándose pieloureteroplastia Anderson Hynes, evolucionando favorablemente.

Discusión: 3 son las causas principales descritas de obstrucción ureteral, litiasis, valvas y ureter retrocavo, siendo las primeras más frecuentes y la última muy rara. Se pesquisa por dolor cólico abdominal, hematuria, infección urinaria, litiasis o como un hallazgo imagenológico pre o post natal. El ultrasonido y la medicina nuclear son los exámenes de elección para el diagnóstico, ayudando la pielografía endovenosa, el urotac y uroresonancia. El uréter Retrocavo tiene una incidencia es 1/1000, 3 veces más frecuente en hombre, lo que se comprueba en nuestra serie. Su etiología sería primero la anomalía vascular y como consecuencia la ubicación posterior ureteral.

Su resolución es la plastia ureteral, con cuidadosa técnica por delicada vascularización, espatulación y anastomosis anterior a vena cava inferior y sin tensión, pudiendo ser abierto o laparoscópico.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**DIÁLISE PERITONEAL EM RECÉM-NASCIDO DE MUITO BAIXO PESO:
RELATO DE CASO**

Autores: Costa, M.P; Costa, M.M.G; Oliveira, A. M.; Ferreira, A.C. P.; Victoria, Z.
Universidade Federal do Rio Grande - Furg
Rio Grande, Brasil

Introdução: A Insuficiência Renal Aguda (IRA) é uma patologia comum nas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatais (UTIN) e pode ser definida como a súbita incapacidade do sistema urinário em controlar a volemia e excretar toxinas endógenas. Atinge entre 3-24% dos pacientes internados nestas unidades e os prematuros, especialmente os de muito baixo peso (PN \leq 1500g) constituem a população de maior risco, com frequência estimada entre 30-40% e alta taxa de mortalidade. As principais causas de IRA são hipovolemia, hipotensão e anóxia perinatal. O tratamento destes pacientes, na maior parte dos casos, é realizado com manejo conservador incluindo testes de sobrecarga de volume, diuréticos, drogas vasoativas e tratamento específico das alterações hidreletrolíticas. Nos casos de piora da insuficiência renal apesar do manejo clínico, sobrecarga de volume, hiperpotassemia ou acidose metabólica severa está indicada a diálise peritoneal (DP), método eficaz de substituição renal más que apresenta dificuldades de execução nos pacientes de muito baixo peso, complicações frequentes e ainda está associado à alta mortalidade.

Relato Do Caso: D.M.A internou na UTIN do HU Miguel Riet Correa Jr, nascida de parto vaginal, PN 1160g, IG 28 semanas, Apgar 1' 4 e 5' 5, necessitou intubação traqueal em sala de parto e reanimação com adrenalina. Apresentou evolução arrastada com choque séptico e insuficiência renal aguda, que melhorou com medidas clínicas e diálise peritoneal, realizada com banhos contínuos 20ml/Kg com solução de glicose a 2, 3% (4x) e após iniciado permanência de 30 minutos. A alta da UTIN ocorreu aos 68 dias de vida e a alta hospitalar, aos 73 dias pesando 2020g. Permanece em acompanhamento ambulatorial e atualmente com 3 anos de idade, função renal normal.

Conclusão: Apesar das dificuldades técnicas e das complicações decorrentes do método, a diálise peritoneal mostrou-se efetiva no tratamento da insuficiência renal e factível em bebês prematuros, de muito baixo peso ao nascimento.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

DUPLICACIÓN UROGENITAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Autores: Viton I., Breden X., Rabinovich F., Zambrana J., Esnaola J., Perea C.
Hospital Nacional Prof A.Posadas
Buenos Aires, Argentina

Resumen: La difalia es malformación congénita de los órganos genitales externos, expresada por una duplicación del pene. Anomalía de presentación excepcional. Su incidencia se estima en un caso sobre cinco o seis millones de nacimientos.

Las hipótesis fisiopatológicas concernientes a la difalia son diversa, inciertas y aun muy discutidas. Reporte de un caso RNT PN Diagnóstico Prenatal ecográfico de 2 penes. Examen físico neonatal: imperforación anal, fístula rectoperineal. Doble pene. Fallo derecho más pequeño y prepucio hipospádico. Gonadas en bolsas. Doble escroto. CUGM. Doble vejiga y uretras masculinas independientes. Doble colon y doble colostomía en laparotomía.

Discusión: La duplicación del pene habitualmente se asocia a otras malformaciones congénitas concomitantes, como la duplicación vesical y uretral, la imperforación anal, la duplicación del intestino terminal, las anomalías raquídis inferior.

Constituye complejo malformativo que implica la existencia de una perturbación profunda en la morfogénesis del polo caudal del embrión. La duplicación puede ser total o parcial, ortotópica o ectópica. La división del pene puede ser simétrica o asimétrica, en su forma y en su tamaño. Hipótesis concernientes al desarrollo de la difalia son muy diversas e inciertas y aun en la actualidad muy discutidas. Resulta difícil de comprender la embriología considerando que el tubérculo genital es una estructura única durante todo el desarrollo embrionario. La duplicación vesical es igualmente una entidad extremadamente rara que se presenta en el 90% de los casos de difalia, con una relación entre hombres y mujeres de 1-1. Las anomalías del tracto intestinal inferior se presentan en aproximadamente 42% de las difalias, la duplicación del intestino terminal puede comprometer solo al canal ano rectal o remontar hasta el apéndice ileocecal o el divertículo de Meckel. Las fístulas uretrorrectales se presentan en el 80% de las malformaciones anorrectales altas. Por lo general se encuentra alrededor de la uretra prostática y solo un 7% son vesicales. Caso aun no resuelto definitivamente, espera turno quirúrgico para descenso anorrectal y tratamiento duplicación colónica, difiriendo la solución para duplicación urinaria.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

ERROR DIAGNÓSTICO EN VALVA DE URETRA ANTERIOR. REPORTE DE CASO

Autores: Sentagne A, Palacio M, Sentagne LM, Berber N.
Servicio de Cirugía Pediátrica Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba. Cátedra de Cirugía
Pediátrica, Universidad Nacional de Córdoba
Córdoba. Argentina

Introducción: Las valvas de la uretra anterior (VUA) representan una rara causa de obstrucción del tracto urinario inferior en niños y pueden ser difíciles de diagnosticar. Nuestro objetivo es reportar nuestra experiencia al evaluar y tratar un niño con VUA.

Reporte de caso: Paciente de 10 años con antecedentes desde larga data de esfuerzo miccional, chorro fino, débil e incontinencia urinaria, tratada quirúrgicamente en otra institución como estenosis de meato uretral (meatotomía).

El niño había sido previamente estudiado con a) ecografía: vejiga de paredes engrosadas con residuo postmiccional significativo; b) Flujometría: flujo obstructivo de 4 ml/seg máximo; c) urodinámica (cistometría diferencial): vejiga hiperactiva e hipertónica; d) cistouretrografía miccional: reflujo vesicoureteral bilateral GIII, con uretra uniformemente dilatada; esta última fue mal interpretada. Al reevaluar los estudios se decidió realizar nueva cistouretrografía, donde se observó una disminución marcada del calibre a nivel de la uretra distal. Se decidió realizar cistoscopia, constatándose valva de uretra anterior (uretra peneana, con divertículo proximal), la cual fue fulgurada. El paciente rápidamente mostró una notable mejoría, tanto clínica como en todos los estudios postoperatorios, manteniéndose de esa manera luego de más de un año de seguimiento.

Conclusión: El diagnóstico de VUA puede realizarse con la cistouretrografía miccional aunque, una mala interpretación de la misma, puede llevar a una valoración errónea y a procedimientos innecesarios.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**MICROLITÍASE TESTICULAR: ACOMPANHAMENTO DE DOIS CASOS
PEDIÁTRICOS NO SUL DO BRASIL**

Autores: Oliveira, A. M. De; Medeiros, S.h.I; Silva, F. D. Da; Franceschi, J; Espíndola, W;
Universidade Federal do Rio Grande - Furg
Rio Grande, Brasil

Doença rara de etiologia incerta, que teria origem numa alteração do desenvolvimento embrionário gonadal, com o surgimento de microcalcificações, localizadas em pontos de ruptura da membrana basal tubular em consequência da obstrução ou da degeneração do seu epitélio. Na histologia as microcalcificações têm zona central calcificada e anéis concêntricos de glicoproteína e colágeno. O diagnóstico é ultrassonográfico, pela imagem de mais de 5 pontos hiperecogênicos, com diâmetro menor que 2mm, sem sombra acústica posterior. A MT está associada a diversas patologias benignas e malignas do testículo, principalmente o tumor de células germinativas. A apresentação bilateral da MT tem maior incidência, predomina entre 20 e 50 anos, é assintomática e tem frequência de 0,05 a 0,6% na população assintomática. Estudos retrospectivos com população sintomática superestimam a incidência em até 9%, e mostram alta relação com tumores testiculares 45%. Já em trabalhos prospectivos essa relação é de 5-10%. A relação MT e tumor de testículo tem significância estatística evidenciada na literatura, e a regressão espontânea é incomum. Permanece controverso se a MT deve ser vista como uma lesão pré-maligna ou apenas como um achado que indicaria uma lesão no desenvolvimento do parênquima gonadal que poderia predispor a uma neoplasia. No acompanhamento do paciente com MT a US escrotal com exame físico em consulta médica anual é a forma mais adotada. Más protocolos mais completos incluem TC abdome, Rx de tórax, dosagem de marcadores tumorais e biópsia testicular. Relatamos o acompanhamento de dois casos pediátricos, 5 e 9 anos, que mostraram MT como achado ocasional ao US escrotal com doppler em vigência de escroto agudo por torção de hidátide testicular e trauma, por um período de 41 e 59 meses respectivamente, onde se observou a regressão espontânea bilateral em um dos pacientes.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

POSTIOPLASTIA. COMPLICACIÓN TARDÍA INUSUAL. REPORTE DE UN CASO

Autores: Centurión J., Calvo A., Ruíz Juri I., Rossi A., Suárez C.
Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Pediátrico del Niño Jesús
Córdoba, Argentina

Introducción: La cirugía correctiva de fimosis ha demostrado ser muy eficiente, sin embargo no esta exenta de complicaciones.

Objetivo: presentar un caso de evolución posquirúrgica infrecuente.

Caso: Paciente de 12 años de edad, sin antecedentes personales patológicos de importancia, que fue intervenido quirúrgicamente a los 3 años de edad por fimosis, en el cual se le realiza postioplastia con sección longitudinal de anillo fimótico con sutura transversal, con aparente buena evolución posquirúrgica. Consulta a nuestro servicio, derivado por servicio de Pediatría, identificando salida de glande peneano por orificio prepucial dorsal con persistencia de anillo fimótico no resuelto. Se decide intervención quirúrgica correctiva realizando sección de puente cutáneo prepucial para posterior postectomía; buena evolución, alta a las 8 horas posquirúrgicas y controles ambulatorios periódicos satisfactorios.

Conclusión: La postioplastia o técnicas similares para la resolución quirúrgica de fimosis son procedimientos confiables que deben ser controlados por cirujanos pediátricos; detectando así posibles complicaciones tempranas algunas de ellas de gran impacto físico y psicológico.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**PRESENTACIÓN DE LIBRO DE INFORMACIÓN A LOS PADRES. MI BEBE
NACÍ CON MIELOMENINGOCELE**

Autores: M. Vieytes, E. Salas, A. Uez Pata, R. Bigliardi, I. Vilktre, M. Rodríguez, G. Mouce Pico, P. Martínez, M. Acosta, G. De Nicola, C. Cesare, S. Videla, R. Broner, M. Benassi, V. Gagey, F. Acenso, V. Lombroni, S. Martínez, G. Miranda, C. Perea
Hospital Nacional Prof A. Posadas
Buenos Aires, Argentina

Introducción: Mostrar concreción de proyecto de edición de libro de información para padres de pacientes con Mielomeningocele así como mostrar la acción conjunta de Hospital con la Universidad de Buenos Aires (Facultad de Arquitectura, Cátedra de Diseño Gráfico 2) y el Servicio Nacional de Rehabilitación perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación que se encargó de la difusión y distribución en el interior del país. Además la intervención del Ministerio de Salud para autorización, fiscalización y distribución del material.

Objetivo: A partir de la experiencia interdisciplinaria surge la inquietud de escribir un libro de información para padres de niños con mielomeningocele (MMC) a partir de todas las especialidades profesionales médicas y no médicas que componen Clínica de MMC.

Material y métodos: Se realizó por cada especialidad médica y no médica, la descripción de la lesión, la prevención de complicaciones y los tratamientos y procedimientos necesarios quirúrgicos o médicos para lograr una mejor calidad de vida y la prevención primaria. Se diseñó cuestionario para padres y se recibieron inquietudes con preguntas frecuentes referentes a distintas esferas afectadas. Se contactó con la Facultad de Diseño de la Universidad de Buenos Aires a fin de lograr que alumnos de la misma interpretaran el mensaje a desarrollar y lo plasmaran en material en diseño y formato de cuento. Se realizaron charlas informativas dentro de las cátedras de diseño, a fin de difundir el proyecto y a su vez se realizó en la misma un concurso interno a fin de elegir el mejor diseño. Obtenido el producto con material gráfico de fácil lectura basado en preguntas realizadas por los padres terminado en un formato interactivo de cuento ilustrado y editado por FADU UBA y distribuido en forma gratuita a padres, madres y maestros de Instituciones de la República Argentina con la inscripción en contratapa de derechos de autor y logo de la institución. Posteriormente se trabajó en edición y distribución.

Conclusiones: Convencidos de las ventajas de la interdisciplina en el tratamiento de pacientes con mielomeningocele, creamos el presente libro se convierte en gran ayuda inicial para los padres en el conocimiento de la enfermedad de sus hijos.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

REMANENTE CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO

Autores: Drs. Pedro Ziede Díaz, Jorge Aliaga, Al. Edmundo Ziede Rojas
Universidad Antofagasta
Antofagasta, Chile

Resumen: La patología del uraco se clasifica como un tipo poco frecuente de anomalía congénita que se manifiesta a lo largo de la infancia como un proceso infeccioso agudo o repetitivo que se localiza en el ombligo, y llega hasta la vejiga. Es dos veces más frecuente en niños que en niñas y se han descrito en la literatura mundial no más de 400 casos hasta la fecha. El uraco es un tejido que se extiende entre el ombligo y la vejiga por encima del peritoneo y por debajo de la unión de los músculos abdominales (los rectos) en la línea media (línea alba). Representa un resto atrófico del llamado alantoides. Existen 5 tipos congénitos de anomalías del uraco: uraco permeable, quiste del uraco, fístula del uraco con drenaje en el ombligo, fístula con drenaje en el ombligo y en la vejiga, y el divertículo uracal. El tratamiento debe ser quirúrgico y precoz: ante el riesgo de infección no solo de la orina sino de sepsis (infección generalizada) se procede a eliminar completamente el uraco. Se debe poner especial cuidado en eliminar todos los restos de tejido uracal por que está descrita su degeneración maligna (sarcoma) con el paso de los años. Presentamos el caso de un lactante de 4 meses sexo masculino, sin antecedentes de importancia, excepto que presenta un OMBLIGO HÚMEDO, producto de ello ha sido controlado por su Pediatra quien le indicó curaciones con sol fisiológica, luego con povidona yodada, y posteriormente aplicación local de nitrato de plata, sin embargo el OMBLIGO HÚMEDO permanece sin modificaciones. es derivado a cirugía infantil, encontrándose un lactante en buenas condiciones, con un granuloma a nivel del ombligo sin signos de infección. Se plantea el diagnóstico de OMBLIGO HÚMEDO, lo cual puede corresponder a un remanente del conducto onfalomesentérico o un remanente del alantoides, vale decir un uraco. No fue posible confirmar con ecografía el diagnóstico exacto. Se realiza incisión supra umbilical se disecciona hacia distal estructura tubular de unos 5mm de diámetro que llega hasta la vejiga. se logra disecar completamente el uraco y se extirpa un segmento pequeño de la cúpula vesical.

La pieza operatoria confirma la presencia del uraco sin lesiones de malignidad. el paciente evoluciona sin complicaciones y es dado de alta en buenas condiciones, evolucionando satisfactoriamente.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**REPOSICIONAMIENTO TESTICULAR CON MANEJO PREVENTIVO DE
POSIBLES COMPLICACIONES FUTURAS**

Autores: López P.J., Reed F., Reyes D., Acuña C., Gana R., Letelier N., Zubieta R.
Hospital Exequiel González Cortés
Santiago, Chile

Objetivo: El redescenso testicular tras una transposición gonadal protectora en pacientes con patología oncológica y/o traumática puede llegar a ser muy desafiante. Con este estudio demostramos nuestra experiencia con una técnica simple, de bajo costo y fácilmente reproducible; con la cual se disminuyen los riesgos de complicaciones futuras; comparando nuestros casos con los escasos casos publicados.

Método: Revisión retrospectiva de casos en los que se realizó una recolocación testicular en un primer tiempo, con protección plástica (polietileno); preparando el camino para la orquidopexia reversa en un segundo tiempo. Se incluyeron tres casos en los que se realizó la técnica debido a patología oncológica o trauma.

Resultados: En un período de 15 años (1994-2009), se realizaron 3 casos de reposicionamiento testicular; sólo fue posible rescatar 2 expedientes clínicos. Un paciente con antecedente de trauma por mordedura de perro; con lesión escrotal y exposición testicular; y un paciente de 7 años con diagnóstico de rhabdomyosarcoma paratesticular izquierdo; post-orquiectomía y previo al inicio de radioterapia a región pélvica. En el primer paciente la reposición testicular fue hacia la cara anterior del muslo ipsilateral; mientras que en el paciente oncológico, se recolocó en la pared abdominal, por debajo de la aponeurosis. En ambos casos el cordón espermático y el testículo fue envuelto en una bolsa plástica (polietileno) esterilizada; en el caso 2 se marcaron los bordes de la bolsa, tanto en la parte superior como en la inferior con clips de titanio. En ambos casos se tuvo extremo cuidado en la curvatura del cordón para evitar compromiso en la irrigación de la gónada. Meses posteriores, e incluso post-radioterapia; se reposicionó el testículo; realizando un procedimiento sin complicaciones y de manera sencilla, ya que no se presentaron adherencias gracias a la cubierta plástica. Controles ecográficos testiculares mostraban una gónada ecográficamente normal.

Conclusiones: La protección plástica del cordón espermático y gónada en una recolocación testicular, independientemente de la causa; es un procedimiento seguro y fácilmente reproducible; el cual evita las adherencias y las posibles futuras complicaciones en el reposicionamiento testicular. Se ha descrito en la literatura, la protección con cobertura de silastic, lo cual resulta igualmente efectivo, pero mayor costo.

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

**ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA RESECCIÓN DE METÁSTASIS
PULMONARES EN LA SOBREVIVENCIA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON
OSTEOSARCOMA**

Autores: Reed F., Lezama P.

Servicio de Cirugía Pediátrica, Cirugía Oncológica Pediátrica, Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

Ciudad México D. F., México

Objetivo: El osteosarcoma (OS) es el tumor maligno más frecuente en la adolescencia, ocupando el 6to lugar de neoplasias malignas en pediatría, teniendo una alta incidencia en metástasis pulmonares (MP). No está claro hasta que punto la resección de MP prolonga la supervivencia; en particular en relación al tiempo de presentación y al número límite de MP resecadas. Nuestros objetivos son evaluar el impacto de la resección del número de metástasis pulmonares y la supervivencia global de los pacientes con OS metastático; y si el tiempo de presentación de las metástasis tienen una diferencia en la evolución clínica.

Métodos: Se realizó un estudio transversal retrospectivo, de pacientes con diagnóstico de OS en un período entre enero 1998 y diciembre 2008. Los pacientes comprendidos en el estudio fueron aquellos con MP.

Resultados: De 164 pacientes; 55 tenían MP. Se eliminaron 6 casos por falta de datos, y otros 4 tenían el diagnóstico erróneo de MP; por lo que la población a estudiar fue de 45 casos. Se obtuvo una media para la edad de 10.2 años (3 a 16), 60% de los casos eran hombres. De todos los pacientes con diagnóstico de OS metastático, el 46.7% al diagnóstico, y el 49% como recaída. Se realizaron 88 toracotomías, extirpando un total de 576 nódulos pulmonares (1 a 69); con un promedio de 6.5.

Se encontró que el tener 5 o menos nódulos metastáticos tiene un impacto en la mortalidad con significancia estadística de $p=0.012$ con un OR de 14.5 (IC 95% 1.57–139.5). Con respecto a la presencia de MP al diagnóstico o al año de tratamiento, se obtuvo una $p=0.877$; con un OR de 1.81 (IC 95% 0.14–23). Obtuvimos una supervivencia global a 5 y 10 años es de 18% y 13.3% respectivamente.

Conclusiones: La supervivencia global en nuestro estudio es similar a lo reportado mundialmente. Los pacientes con OS metastático con 5 o más MP resecadas, tienen 14 veces más riesgo de fallecer, que los que tienen menos nódulos pulmonares. Aunque sin significancia estadística pero sí clínica, se observó que el tener recaída antes del año incrementa el riesgo de muerte 1.8 veces.