

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-1

Jueves 18 Nov

8:00-8:10

MALFORMACIONES PULMONARES

EXPERIENCIA DE 10 AÑOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA INFANTIL DEL HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN

Cordero Diez. P, Rojas Castro. S, Zapata Jaña. J, Cáceres Gonzalez. R. y Arancibia Zúñiga .H

Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción, Concepción

Introducción: las malformaciones pulmonares son defectos congénitos por alteración de la embriogénesis del intestino primitivo anterior, siendo las más frecuentes y con traducción clínica: la malformación adenomatoídea quística, el quiste broncogénico, el secuestro pulmonar y el enfisema lobar congénito.

Objetivo: dar a conocer nuestra experiencia en cuanto al diagnóstico, manejo quirúrgico, y resultados en niños portadores de malformaciones pulmonares.

Material y método: revisión retrospectiva de 19 pacientes con diagnóstico de malformaciones pulmonares que se operan entre septiembre del 2000 a agosto de 2010. Se analizan sexo, edad de presentación, malformación asociada, imagenología, cirugía realizada, evolución postoperatoria en cada tipo de malformación.

Resultados: no hay diferencia en cuanto a sexo. Diagnóstico antenatal en 6 pacientes. En cuanto a malformación encontradas hay 6 malformación adenomatoídea quística, 5 quiste broncogénico, 4 secuestro pulmonar y 4 enfisema lobar congénito. La evolución post operatoria fue satisfactoria con un promedio de estadia de 5 días y un seguimiento de hasta 5 años.

Conclusión: estas patologías son poco frecuentes, la sospecha antenatal del diagnóstico permite mejorar la oportunidad diagnóstica y estar preparado en caso de sintomatología respiratoria precoz. En niño mayores con patología respiratoria recurrente de igual localización debe hacer sospechar el diagnóstico. El TAC de tórax con contraste es necesario y suficiente para el diagnóstico y tratamiento. La cirugía resectiva es curativa y las complicaciones esperadas son bajas, la mortalidad está relacionada con la hipoplasia pulmonar u otra malformación

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-2

Jueves 18 Nov

8:10-8:20

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 31 PACIENTES CON MALFORMACIONES PULMONARES.

Velarde Gaggero JE, Arancibia Solari JC, Bag Kim MJ.

Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar

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

Objetivo: presentar nuestra experiencia en el manejo de estas patologías.

Pacientes y método: revisión de fichas clínicas y pacientes con diagnóstico de malformación pulmonar congénita, registrados entre Enero 1994 y Mayo 2010, en las Unidades de Neonatología y Servicios de Pediatría y Cirugía Pediátrica de los hospitales "Dr. Gustavo Fricke", Naval "Almirante Nef" y Clínica Reñaca.

Resultados: 31 pacientes con las siguientes características: Diagnóstico: atresia bronquial = 1; secuestro pulmonar = 6; enfisema lobar congénito = 2; malformación adenomatoídea quística(MAQ) = 11; quiste broncogénico = 2; agenesia lobar =1; hipoplasia pulmonar = 8. Sexo femenino = 13, sexo masculino = 18. Cinco casos con diagnóstico antenatal. Edad de diagnóstico entre 20 semanas de gestación y 8 años. Modo de presentación: distress respiratorio = 13, infecciones respiratorias = 8, síndrome bronquial obstructivo = 2, asintomáticos = 8. Se realizó tratamiento quirúrgico en 21 pacientes. Complicaciones postoperatoria = 3: MAQ = 2 (atelectasia masiva y fístula broncopleurales = 1 y atelectasia =1) y quiste broncogénico = 1 (atelectasia). Pacientes con estadía en UCI posterior a la intervención quirúrgica =16 (1 a 7 días). 11 pacientes requirieron ventilación mecánica (2 horas a 7 días). La sobrevida total fue de 81% (25/31), siendo 100% entre los pacientes operados. El seguimiento posterior al alta varió entre 2 meses y 3 años.

Conclusiones: en el período descrito 31 pacientes se han diagnosticado con algún tipo de malformación pulmonar. En la mayoría se realizó resección completa del lóbulo comprometido, con buenos resultados (complicaciones 14% y mortalidad 0%). Han fallecido 6 pacientes (19%) que corresponden a pacientes con hipoplasia pulmonar y/o agenesia lobar. Los pacientes han tenido un seguimiento adecuado y se encuentran asintomáticos a la fecha y sin complicaciones a largo plazo.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-3

Jueves 18 Nov

8:20-8:30

CARACTERIZACIÓN DE VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS Y QUIRÚRGICAS DE UNA SERIE CLÍNICA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO DURANTE LOS AÑOS 1999-2010

Jofré H, Iñiguez C, Fuentes M, Kulikoff B, De Giorgis M

Hospital Padre Hurtado y Universidad del Desarrollo, Santiago

Introducción: la hernia diafragmática congénita (HDC) es una patología caracterizada por un defecto anatómico donde se produce el paso de vísceras abdominales a la cavidad torácica. Su tratamiento definitivo es quirúrgico, sin embargo tanto la técnica como el momento óptimo de la intervención son motivo de controversia.

Objetivos: describir y evaluar las características epidemiológicas y los resultados quirúrgicos obtenidos en pacientes pediátricos con diagnóstico de HDC en el Hospital Padre Hurtado (HPH).

Material y métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo que incluye a pacientes con diagnóstico de HDC hospitalizados en el HPH, durante los años 1999-2010.

Resultados: se obtuvieron 17 casos con diagnóstico de HDC. El 58,82% fueron de sexo masculino y el 41,17% femenino. La edad gestacional fluctuó entre las 34 semanas + 2 días y las 41 semanas + 3 días, con una mediana de 270 días. El sitio del defecto fue izquierdo en el 76,47% y derecho en el 23,52%. Se encontraron complicaciones médicas en un 64,70% correspondiendo en el 60% a hipertensión pulmonar persistente (HPP) y en el 50% hipoplasia pulmonar. El 100% fueron intervenidos quirúrgicamente; un 23,52% antes de las 24 horas, un 47,05% entre las 24 y las 48 horas y un 29,41% posterior a las 48 horas. El tamaño del defecto fue descrito en un 52,94% de los cuales el 44,44% fue menor a 5 cm. y el 55,55% fue mayor a 5 cm. El tiempo quirúrgico fluctuó entre 43 y 120 minutos con una mediana de 85 minutos. Los órganos herniados fueron bazo (70,58%), intestino delgado (64,70%), colon (64,70%), estómago (47,05%), hígado (41,17%), riñón izquierdo (17,64%) y riñón derecho (5,88%). El 100% de los pacientes recibió cierre primario. Recidivó el 5,88% (1) siendo el total reoperados con utilización de malla para la reparación. Un 23,52% de los pacientes presentó complicaciones quirúrgicas. De éstas un 50% fueron infección del sitio operatorio y el otro 50% obstrucción intestinal. La mortalidad obtenida fue 11% (2), el 100% de causa médica.

Discusión-Conclusión: las variables epidemiológicas obtenidas se asemejan a lo publicado en la literatura, mientras que los resultados quirúrgicos demuestran que en nuestro centro el 100% de los pacientes tienen acceso a la cirugía, sin embargo sin una estandarización del momento oportuno de ésta. La técnica laparotomía sub costal fue la más utilizada, lo que evidencia falta de experiencia en laparoscopia. Los resultados avalan la utilización de cierre primario sin malla por su baja tasa de recidiva.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-4

Jueves 18 Nov

8:30-8:40

VÍA DE ABORDAJE EN LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DERECHA. EXPERIENCIA HOSPITAL SAN CAMILO DE SAN FELIPE

Varela Gana MA, Pincheira Cáceres VD, Alvarado Bustamante LA, Ibañez Messina CG, Morales Yáñez CM

Hospital San Camilo, San Felipe,

Introducción: la incidencia de la hernia diafragmática congénita (HDC) es de 1 en 2000 a 5000 nacidos vivos, dentro de la cual la hernia diafragmática congénita derecha (HDCD) representa el 15 a 20% de los casos (Skari, 2000, Shao, 2010). El abordaje de la HDCD puede ser torácico, como es preferido por algunos centros o abdominal como lo es en otros (Daher, 2003). El hígado puede ofrecer dificultades en la reducción, sobre todo cuando se encuentra su mayor parte en el tórax. Presentamos nuestra experiencia en el manejo quirúrgico de la HDCD, evaluando los resultados del abordaje torácico y abdominal.

Método: revisamos en forma retrospectiva las fichas clínicas de los recién nacidos con HDCD del Hospital San Camilo de San Felipe en un periodo de 14 años.

Resultados: 3 recién nacidos, 2 varones y 1 mujer. La edad gestacional prom. fue 38 sem. Peso de nacimiento promedio de 3033 gramos; el seguimiento promedio fue de 10,7 meses. Los 3 tuvieron una HDC tipo Bochdalek derecha. Todos tuvieron anomalías congénitas asociadas. Se describen los resultados detalladamente. El abordaje fue abdominal o toráco-abdominal en casos con gran parte del hígado en el tórax, lo que permitió una liberación reducción y revisión de las estructuras torácicas y abdominales en forma adecuada.

Conclusión: la incidencia de HDCD es baja pero las anomalías congénitas asociadas son frecuentes. El abordaje toraco-abdominal combinado en la HDCD con gran parte del hígado en el tórax es un método efectivo y seguro en el tratamiento de esta patología.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-5

Jueves 18 Nov

8:40-8:50

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA RESECCIÓN DE METÁSTASIS PULMONARES EN LA SOBREVIVENCIA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON OSTEOSARCOMA

Francisco J. Reed, Pablo Lezama, Emilio Fernández.

Hospital Infantil de México Federico Gómez, 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 reseçadas. 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.

Metodos: 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 reseçadas, 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.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-6

Jueves 18 Nov

8:50-9:00

ESCLEROTERAPIA DE MALFORMACIONES VASCULARES LINFÁTICAS QUÍSTICAS.

Dr. Alejandro L. Zavala B., Sergio E. Zuñiga R., Andres Navarrete H., Juan C. Pattillo S., José M. Campos V.

Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica, Santiago

Introducción: no hay consenso en el manejo de las malformaciones vasculares linfáticas quísticas (MVLQ). Se analiza el manejo con escleroterapia desde 1997 a la fecha .

Método: de Julio 1997 a Septiembre 2010, los pacientes con diagnostico de MVLQ clínico y por imágenes, se les ofreció tratamiento con escleroterapia. En este periodo se ha utilizado tissucol, OK-432, plasma rico en plaquetas (PRP) y doxiciclina. La inyección se ha realizado usando sedación o anestesia general y de preferencia guiado por ecografía. Reducción clínica $\geq 75\%$ se ha considerado curado el paciente y $< 75\%$ no curado.

Resultados: -1 paciente con MVL cervical se inyectó e 2 oportunidades con Tissucol sin respuesta. -95 pacientes se trataron con OK-432, 56% curado. De estos 67 estaban ubicadas en el cuello, 70%. Curados. 6 en extremidades inferiores ninguno curado. -2 pacientes fueron manejados con PRP, 1 con MVLQ del cuello con respuesta parcial, 1 era un quiste salival sin respuesta. -9 pacientes con MVLQ del cuello se usó con doxiciclina 7 curados. 1 resultó una ránula, sin respuesta. 1 SKT se usó como complemento de la cirugía.

Discusión: existen varios compuestos utilizadas en el manejo escleroterápico. La bleomicina, el OK-432, la doxiciclina y el alcohol son los con mejor respuesta en la literatura. Cada una tiene ventajas y desventajas, la ubicación, el tipo de MVLQ y la edad guiarán la decisión sobre cual utilizar. El mecanismo de acción del OK-432 se diferencia de los otros escleroterápicos, ya que su acción sería por inmunoregulación y angiogénesis .

Conclusiones: la escleroterapia es una alternativa especialmente útil en MVLQ del cuello, la edad, ubicación y tipo de MVL permitirán escoger el compuesto a utilizar.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-7

Jueves 18 Nov

9:00-9:10

HEMANGIOMAS Y MALFORMACIONES VASCULARES DE LARINGE

Patricio Varela, Cecilia Borel, Oscar Herrera, Virginia Linacre, Constanza Ibañez, Heydi Vasquez.

Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago

Introducción: los hemangiomas son comunmente cutaneos, pero se pueden presentar en cualquier sitio del organismo. De los que se presentan en la vía aérea, la mayoría se localizan en el espacio subglotico, ocasionando diferentes grados de obstruccion respiratoria. Los linfangiomas y malformaciones vasculares son menos frecuentes en esta localización.

Pacientes: se reporta serie clínica de 8 pacientes diagnosticados entre los años 2000 y 2010, mediante endoscopia de vía aérea.. Edad de inicio de sintomas fue en periodo de recién nacido en 6 pacientes y la sintomatología principal fue estridor y obstruccion respiratoria. Seis corresponden a hemangiomas: 5 se localizan en espacio subglotico (HS) y 1 supraglotico. Los otros 2 pacientes corresponden a 1 linfangioma y a una malformacion vascular cricoidea posterior..

Resultados: 3 HS fueron extirpados mediante cirugía abierta mas interposicion de injerto de cartílago costal, 1 HS fue tratado con corticoides y 1 HS se encuentra en terapia con propanolol al igual que el hemangioma de localizacion supraglotico. El linfangioma laringeo fue tratado mediante infiltraciones con bleomicina mas traqueostomia transitoria.

Conclusiones: la sintomatología de los hemangiomas y otras lesiones vasculares de la via aerea es variable, de acuerdo al grado de obstruccion y localización de la lesión. En la actualidad existen varias modalidades terapeuticas, siendo la excision quirurgica de eleccion en lesiones localizadas en el espacio subglotico y que provocan mayor obstruccion . El propanolol es de introduccion mas reciente.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-8

Jueves 18 Nov

9:10-9:20

EXPERIENCIA DE MELANOMA PEDIÁTRICO EN HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO PERIODO 2000 - 2010

M. Soledad Lopetegui C, Pamela Silva G, Ricardo Ávila R.

Hospital Roberto del Río, Santiago

Introducción: el Melanoma es una entidad poco frecuente en niños constituyendo el 1 a 3 % de todas las neoplasias pediátricas. Su incidencia ha ido en aumento a nivel mundial. Un tratamiento quirúrgico a tiempo, con incisión potencialmente curativa y evaluación apropiada de linfonodos, es importante para optimizar la sobrevivencia.

Objetivo: realizar una evaluación de pacientes con diagnóstico de melanoma cutáneo intervenidos y controlados en nuestro hospital.

Material y Método: revisión retrospectiva de los casos diagnosticados de melanoma los últimos 10 años. Se identificaron presentación clínica, ubicación de la lesión, cirugía realizada, estudio anatómico patológico, niveles de Clark y Breslow, estudio de ganglio centinela, tratamiento y seguimiento.

Resultados: se encontró 5 casos de Melanoma cutáneo en niños menores de 15 años, dos mujeres y tres hombres. El promedio de edad fue de 10 años. La localización más común en extremidades (60%). La profundidad de Breslow fue > de 1 mm en 4 pacientes y el nivel de Clark fue \geq IV en 4 casos. En tres pacientes se realizó estudio de ganglio centinela con uso de sonda gamma detectora intraoperatoria previa administración del radiotrazador, con resultado histopatológico positivo en uno de ellos. El seguimiento fue entre 4 y 43 meses.

Conclusiones: la cirugía es el eje central del tratamiento y la biopsia el único método diagnóstico aceptado teniendo como objetivo obtener la cantidad de tejido necesario para la determinación de un diagnóstico definitivo. Son de gran apoyo el estudio del ganglio centinela e inmunohistoquímica permitiendo localizar con exactitud el compromiso metastásico ganglionar con baja morbilidad y disminución del tiempo operatorio. La detección y diagnóstico temprano continúa siendo la mejor alternativa para disminuir la mortalidad.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-9

Jueves 18 Nov

9:20-9:30

MANEJO QUIRÚRGICO DEL VARICOCELE PEDIÁTRICO: EXPERIENCIA DE 8 AÑOS

Kulikoff B, Ovalle A, De Giorgis M

Hospital Padre Hurtado y Universidad del Desarrollo, Santiago

Objetivos: describir y evaluar resultados quirúrgicos obtenidos en nuestra unidad en la cirugía del varicocele en pacientes pediátricos.

Material y Método: revisión de fichas clínicas de pacientes pediátricos operados por varicocele de Enero de 2002 a Diciembre de 2009, con una mediana de seguimiento de 5,4 años (6 meses a 9 años). Se incluyeron variables como edad al momento de la cirugía, motivo de consulta, presencia de hipotrofia testicular, ecografía previa, lado afectado, tiempo operatorio, tipo de abordaje, técnica utilizada, complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, y recurrencia.

Resultados: se analizaron 74 pacientes. La mediana de edad al momento de la cirugía fue de 13,0 años (9 a 14 años). El 94,6% consultó por dolor y/o masa escrotal; en el 5,4% de los casos el varicocele fue un hallazgo. El 28,4% tenía una ecografía doppler previa. Todos los pacientes se operaron por varicocele izquierdo, y todos los casos fueron grado 2 (27%) y grado 3 (73%). En el 27% de los casos existía hipotrofia testicular al momento del diagnóstico. En el 21,6% el abordaje fue abierto alto retroperitoneal, y el 78,4% fue laparoscópico transperitoneal. En el 95% de los casos la cirugía fue con técnica de Palomo y el 5% con ligadura venosa con preservación de la arteria testicular. La duración de la cirugía tuvo una mediana de 40 minutos. El tratamiento de los vasos espermáticos fue con coagulación bipolar más sección (37,8%), uso de endoclips más sección (31,1%), ligadura simple más sección (25,7%), y ligadura o coagulación bipolar venosa con preservación arterial (5,4%). Hubo 2 pacientes (2,7%) con hemorragia de la pared abdominal secundaria a la instalación del trocar. El 13,5% de los pacientes (10) desarrollaron hidrocele, de los cuales 6 (8,1% del total de cirugías) necesitaron cirugía correctora. Hidrocele postoperatorio fue más frecuente con la técnica laparoscópica versus abierta (15,5% vs 6,3%), y con endoclips versus coagulación o ligadura de los vasos espermáticos (30,4% vs 7,1% y 5,3% respectivamente). Sólo 1 paciente tuvo recurrencia del varicocele, y no se observaron casos de atrofia testicular postquirúrgica.

Conclusiones: la cirugía correctora de varicocele en nuestra institución es un procedimiento rápido, seguro y efectivo, con una incidencia de complicaciones similar a la publicada internacionalmente. Los datos sugieren que para disminuir la incidencia de hidrocele postoperatorio debiera preferirse el uso de coagulación o ligadura de los vasos testiculares sobre el uso de endoclips, e incluir alguna técnica adicional para identificar y preservar la circulación linfática testicular.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-10

Jueves 18 Nov

9:30-9:40

ANSIEDAD PREOPERATORIA EN PACIENTES AMBULATORIOS DEL HOSPITAL EXEQUIEL GONZALEZ CORTES: ESTUDIO PRELIMINAR.

Letelier N.; Olivos M.; Varela L.; Zubieta R.

Hospital Exequiel González Cortés, Santiago

Introducción: la Ansiedad Preoperatoria es una condición subestimada a pesar de su alta frecuencia. Afecta no solo la recuperación postoperatoria sino que además puede dar origen a trastornos conductuales posteriores.

Objetivo: identificar grupos y factores de riesgo de ansiedad preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía ambulatoria.

Metodología: estudio observacional, se aplicó encuesta sociodemográfica y escala PACBIS a niños y padres.

Resultados: análisis de 28 niños (32% mujeres, 68% hombres) y 28 padres. Se dividió la muestra en 3 grupos: A: sin ansiedad, 25%; B: ansiedad moderada, 43%; C: ansiedad severa 32%. Se halló una concordancia del 89% entre niños y padres con ansiedad severa. La edad promedio de los niños fue 5, 5 y 7, respectivamente. Distribución por sexo: Niñas: 33% (A), 45% (B) y 22% (C). Niños: 21% (A), 42% (B) y 37% (C). Presentaban antecedentes mórbidos: Grupo A: 14%, B: 42% y C: 67% y cirugías previas 0%, 12% y 44% respectivamente. La reacción al momento de información sobre la realización de la cirugía fue "asustado" en: 28%, 33%, 67% en los diferentes grupos, presentado cambios de conducta el 14%, 33% y 78%. 18% de los niños no fue informado sobre la cirugía y 89% de los padres refirió preocupación.

Conclusiones: se identificaron como factores de riesgo de ansiedad moderada y severa el antecedente de patología médica y psiquiátrica, cirugía previa y reacción "asustada" al momento de información de la realización de la cirugía. Se encontró una asociación directa entre el grado de ansiedad de los padres y de los niños.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-11

Jueves 18 Nov

9:40-9:50

REPORTE DE SITUACIÓN: ¿CUÁNTO AFECTÓ EL TERREMOTO A UN SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA?

Poblete M. Andrea, Hormazábal V. Tamara, Flores T. Sandra.

Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán.

Introducción: el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Clínico Herminda Martin estaba ubicado en el 6° piso de la torre quirúrgica, era parte del "Centro de Responsabilidad 6° piso", contaba con 20 camas (Ambulatorio, Traumatología Infantil y Cirugía General) y tenía asignadas 41 horas quirúrgicas cada semana. Desde el 27 de Febrero está inutilizable la torre, incluyendo salas de hospitalización y pabellones, por lo que, el servicio es parte del Centro de Responsabilidad Cirugía Indiferenciada, funciona en un módulo donde dispone de 9 camas para Cirugía General y Traumatología Infantil y tiene asignadas 16 horas en los pabellones del servicio de maternidad del Hospital y Clínica Chillán.

Objetivo: evaluar cuál ha sido el real impacto de la situación actual en la capacidad resolutoria del servicio.

Materiales y métodos: se revisan datos estadísticos del servicio en periodos equivalentes: Marzo a Agosto de 2009 y 2010

Resultados: según los datos encontrados tenemos: 2009 2010 DIFERENCIA, EGRESOS TOTALES 862 428 -50.3%, AMBULATORIOS 366 155 -57.7%, CIRUGIAS HOSPITALIZADOS 99 8 -91.9%, CIRUGIAS SERVICIO URGENCIAS 286 183 -36%, QUEMADOS 64 52 -19%, PACIENTES NO OPERADOS 46(5.3%) 30(7%) 1.7%

Discusión: las cirugías ambulatorias se han visto menos afectadas que las que requieren hospitalización porque se realizaron entre Mayo y Julio en el Hospital de Bulnes y en Clínica Las Amapolas, donde no pueden realizarse procedimientos de mayor complejidad. La disminución en las Cirugías del Servicio de Urgencia no tiene que ver con disminución de incidencia, sino con traslados posteriores al pabellón a hospitales tipo 3 y 4 pertenecientes a la red de salud provincial.

Conclusión: se ha producido un importante detrimento en la capacidad de resolución quirúrgica global posterior al terremoto, que afecta principalmente a las cirugías de mayor complejidad que requieren hospitalización y más cantidad de horas en pabellón en el hospital.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-12 video

Jueves 18 Nov

11:00-11:10

FÍSTULA TRAQUEO ESOFÁGICA RECIDIVADA (FTER): TÉCNICA DE CIERRE POR QUIMIOCAUTERIZACIÓN VÍA TRAQUEOSCÓPICA: REPORTE DE UN CASO

Patricio J. Varela, Virginia Linacre y Francisco J. Saitua.

Hospital Calvo Mackenna, Santiago

Introducción: la FTER es una complicación vista en aproximadamente 3 a 15 % de los niños operados por atresia esofágica con FTE. El manejo de esta complicación es complejo, desafiante y con un alto número de segundas recidivas, hasta 22%. Para su manejo se ha descrito el cierre quirúrgico y terapias endoscópicas por el esófago: uso de histoacryl, uso de pro coagulantes, quemaduras con electrocirugía y argón plasma. El objetivo de este video es mostrar un caso clínico en que realizamos quimiocauterización con ácido tricloroacético 50% por vía traqueal como tratamiento de FTER.

Caso clínico: lactante mayor de un año de edad operada en período neonatal de atresia esofágica con fte, con recidiva a los 5 meses de vida. Se realizó nuevo cierre quirúrgico por toracotomía, con recidiva precoz de la fístula. En ese momento se Realizó funduplicatura de Nissen y gastrostomía con lo que la paciente se recupera. 6 meses después se realiza aplicación, por vía traqueoscópica, de ácido tricloroacético al 50 %. Tres semanas después de la aplicación desapareció la tos y en las revisiones de vía aérea realizadas no se ha evidenciado una nueva recidiva.

Comentario: la quimiocauterización por vía traqueal de una FTER con ácidotricloroacético al 50% es una alternativa menos invasiva, que las otras actualmente disponible, que debe ser incorporada como posibilidad terapéutica para esta difícil complicación.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-13 video

Jueves 18 Nov

11:10-11-20

PSEUDOQUISTE POST TRAUMA PANCREÁTICO GRAVE: RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA MEDIANTE PANCREATICOENTEROSTOMÍA EN Y DE ROUX

Schnettler Rodríguez D. A, Passero Rodríguez L. M. y Riveros Galaz D.

Hospital de Talca y Universidad Católica del Maule, Talca

Introducción: se presenta caso de trauma pancreático con sección ductal, manejado conservadoramente en el período agudo. Evolucionó a pseudoquiste, fue intervenido mediante pancreático yeyunostomía en Y de Roux laparoscópica, con buen resultado post operatorio.

Descripción: varón de 2 años, atropello domiciliario por automóvil el 27 de julio de 2009. TAC de abdomen demostró fractura de segmentos II y III hepáticos y pancreatitis aguda traumática. Colangio Resonancia Magnética, evidenció laceración pancreática a nivel de cuello, con sección completa de conducto pancreático principal y colección peripancreática. Se decidió manejo conservador. Colección evolucionó hacia pseudoquiste, presentando regresión en primeras semanas, con crecimiento hacia la semana 14 post trauma, hasta 10 cm. Se decide drenaje quirúrgico (tabicado, protruido hacia mesocolon, alimentación de pseudoquiste por lesión ductal). Se realizó cistoenteroanastomosis por vía laparoscópica (gran pseudoquiste de páncreas, protruyendo por megacolon transverso y región gastroesplénica). Evolucionó sin complicaciones. Control agosto de 2010, asintomático, ecografía de abdomen y pruebas de función pancreática normales.

Revisión del tema: la sección completa del conducto pancreático principal, es poco frecuente en niños, se confirma mediante colangio resonancia magnética, o por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Puede ser abordado por cirugía inmediata (traumas penetrantes), manejo endoscópico o manejo conservador. Las complicaciones son pancreatitis aguda, fistula, infección de colecciones y pseudoquiste. El manejo de este último, depende del tiempo post trauma, el tamaño y evidencia de complicaciones. El drenaje puede ser endoscópico o por métodos radiológicos. El manejo quirúrgico es la última línea de tratamiento, realizándose drenajes internos (ej. pancreaticoyeyunostomía en Y de Roux), por vía abierta o laparoscópica.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-14 video

Jueves 18 Nov

11:20-11-30

PILOROMIOTOMÍA LAPAROSCÓPICA: USO DE BISTURÍ FRÍO PERCUTÁNEO.

Rodrigo J Maluje, María A Elton, José A Mena, Carolina P Lagos

Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

Introducción: en el abordaje laparoscópico de la Piloromiotomía se describe la utilización del bisturí retráctil, instrumento con el cual no contamos en nuestro centro. Por esta razón, utilizamos el bisturí frío, como alternativa, en la cirugía mínimamente invasiva de la estenosis hipertrófica del píloro (EHP).

Objetivos: describir la técnica quirúrgica utilizada por nuestro grupo adaptando el uso del bisturí frío al abordaje laparoscópico y presentar los resultados obtenidos en los primeros pacientes operados con ella.

Materiales y Métodos: se realizó una revisión retrospectiva de todos los pacientes con diagnóstico de EHP operados con técnica laparoscópica entre Mayo de 2009 y Julio de 2010. En todos se utilizó un trócar umbilical para la óptica de 5mm y pinzas laparoscópicas de 3mm percutáneas en ambos hipocondrios. La hoja de bisturí número 15, montada en el mango número 7, se introdujo por hipocondrio izquierdo en forma percutánea.

Resultados: 5 pacientes, con diagnóstico ecográfico de EHP fueron operados con esta técnica, 2 mujeres y 3 hombres. Los pesos, al momento de la cirugía variaron, entre 2000 y 5000 gramos. La edad promedio fue de 1 mes 9 días. El tiempo operatorio promedio fue de 52 minutos, no hubo conversiones y solo se presentaron complicaciones en un paciente (piloromiotomía insuficiente, coagulopatía, obstrucción intestinal). En promedio, y sin contar caso índice de complicaciones, se realimentaron a las 16 horas y el alta post operatoria fue a los 2 días. El seguimiento varió entre 4 y 9 meses.

Conclusiones: la utilización de instrumentos alternativos ha permitido ofrecer las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva a nuestros pacientes, logrando resultados óptimos, similares a los publicados en la literatura. La elección de los pacientes adecuados para este tipo de cirugía podría ser un factor importante a la hora de prevenir complicaciones.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-15 video

Jueves 18 Nov

11:30-11-40

DIAFRAGMA ANTRAL (PRE – PILÓRICO). TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO REVISIÓN DE LA LITERATURA Y REPORTE DE UN CASO

Godoy Jorge E., Varela Patricio J., Guelfand Miguel y Troncoso Bernardita

Clínica Las Condes, Santiago

Introducción: el diafragma pilórico o antral es una anomalía digestiva muy infrecuente que corresponde a una membrana sub-mucosa cubierta por mucosa gástrica, que obstruye parcialmente el tracto gastrointestinal superior. Generalmente se presenta con vómitos persistentes, no biliosos, que aparecen a los pocos días de vida, asociados a mal incremento ponderal. El estudio diagnóstico se realiza con: Rx de abdomen que muestra gran distensión gástrica y escaso aire distal; Rx EED que muestra una línea radio-lúcida en el antro gástrico, asociado a un pequeño relleno antral, y la endoscopia digestiva alta (EDA) en la que se evidencia pequeña apertura fija antral rodeada de mucosa gástrica lisa, peristalsis gástrica normal pre y post-membrana y membrana de tamaño constante. Los tratamientos descritos son la transección endoscópica o escisión quirúrgica “abierta”, aunque no existen reportes en la literatura sobre la realización de esta técnica por vía laparoscópica. El objetivo de nuestro trabajo es reportar el tratamiento laparoscópico de esta patología, tan infrecuente en la edad pediátrica. Se trata de un paciente eutrófico, con historia de RGE desde lactante, con Rx EED “normal”. Por persistir con síntomas de reflujo, a los 6 años, se solicita Endoscopia Digestiva Alta (EDA) para biopsia esofágica, por sospecha de Alergia a Proteína de Leche de Vaca. En dicha endoscopia, se evidencia esófago de aspecto normal y estrechez concéntrica a nivel del antro (4mm). Se realiza TAC abdomen y ecografía abdominal para evaluación de la anatomía, decidiéndose tratamiento quirúrgico por laparoscopia (1 óptica y 2 pinzas) Se realiza apertura por cara anterior de estómago con una incisión longitudinal y posterior sutura transversa, consiguiendo un amplio paso, que es chequeado por EDA intraoperatoria. Se deja drenaje que se retiró al 4° día, se realimenta a las 48 hrs y es dado de alta al 5° día sin complicaciones. Ha completado 10 meses de seguimiento sin complicaciones, evidenciándose buen paso del medio de contraste en Rx EED de control.

Comentarios: El diafragma pilórico es una causa de obstrucción intestinal alta, que debe tenerse en cuenta, pese a su excepcional frecuencia de presentación, ya que puede confundirse con cuadros de Estenosis Hipertrófica del Píloro. El diagnóstico se confirma mediante el estudio contrastado del tracto gastrointestinal y endoscopia. En este caso el tratamiento laparoscópico fue exitoso y viene a constituir una tercera alternativa de tratamiento para esta patología.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-16 video

Jueves 18 Nov

11:40-11:50

BURNIA. UNA ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA INGUINAL EN NIÑAS

Jorge Godoy L.

Clínica las Condes, Santiago

Múltiples alternativas para el tratamiento laparoscópico de la hernia inguinal, han sido descritos. Con resultados discutibles y variados.

El objetivo de este trabajo (video) es mostrar una nueva estrategia laparoscópica para el tratamiento del saco herniario en niñas.

La técnica consiste en traccionar, desde el abdomen, por vía laparoscópica el saco herniario, con una pinza, tomándolo desde el fondo y evertiéndolo. Luego se aplica a la pinza coagulación monopolar, lo que produce la coagulación del peritoneo evertido, sellando el saco y el orificio inguinal profundo.

Claramente un número significativo de niñas debe ser tratado con esta técnica para demostrar su eficacia, pero las características del procedimiento lo transforman en una excelente alternativa de cirugía trans-umbilical.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-17 video

Jueves 18 Nov

11:50-12:00

CIRUGIA ROBOTICA PEDIATRICA.

PRIMERA EXPERIENCIA CLINICA INDISA

Ibañez Gonzalez T. R; Campaña Villegas G.; Valenzuela Aguilera M.A.; Dra. Jacob A.M; Herrera Villa, J.M.

Clínica INDISA, Santiago

Introducción: la cirugía Robótica es la culminación y el futuro de la cirugía mínimamente invasiva desarrollada en el siglo XIX. Robot Da Vinci, tecnología de estándar mundial, instrumento computarizado que otorga al cirujano una visión magnificada de 10 a 20 veces, y 4 brazos y manos robotizados capaces de realizar micro-movimientos de absoluta perfección con 360° de movilidad. Esto resulta en cirugías más precisas, más seguras, menos invasivas.

Objetivo: se presenta el primer caso clínico pediátrico en Clínica Indisa utilizando cirugía Robótica.

Descripción del caso: paciente sexo masculino de 13 años, previamente sano, operado de urgencia en Clínica Indisa por vólvulo de sigmoides en Agosto del 2010, realizándose sigmoidectomía y colostomía tipo Hartmann. Evoluciona satisfactoriamente. Se realiza estudio, descartándose enfermedades infecciosas, funcionales u orgánicas, planificándose la reconstitución de tránsito intestinal con técnica Robótica. Se opera dos meses post vólvulo. Se libera colon descendente y se prepara colon distal logrando una disección adecuada para la anastomosis término terminal, que se realiza con sutura mecánica circular. El paciente evoluciona en forma satisfactoria siendo dado de alta al 5to día post-operatorio sin complicaciones. El control del primer mes es normal.

Discusión: la cirugía Robótica ha revolucionado la cirugía tradicional a nivel mundial. Si bien el mayor desarrollo se ha dado en urología, a partir del proyecto de Cirugía Robótica de Clínica Indisa, surge un nuevo desafío en la cirugía pediátrica nacional, teniendo la posibilidad de proporcionar este notable adelanto científico a sus pacientes. En este primer caso clínico, la cirugía Robótica resultó ser una excelente alternativa terapéutica, lo que favoreció la buena evolución de nuestro paciente.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-18

Jueves 18 Nov

12:00-12:10

CORRELACIÓN CLÍNICA - MICROSCÓPICA DEL APÉNDICE CECAL EN NIÑOS APENDICETOMIZADOS POR APENDICITIS AGUDA

Mauricio A. Osorio, Ricardo Peña, Cristina A. Baeza, María E. Osorio.

Universidad de Santiago de Chile, Santiago

Introducción: los cuadros apendiculares agudos constituyen la causa más frecuente de intervención quirúrgica de urgencia en preescolares y escolares. El tratamiento de la Apendicitis Aguda es la Apendicectomía. El aspecto macroscópico del Apéndice Cecal, se define en 4 grupos desde un punto de vista clínico – patológico: gangrenoso, flegmonoso, congestivo y sano. Esta apreciación la hace el cirujano en el Pabellón, y condiciona entre otros elementos, la duración de la profilaxis o tratamiento antibiótico, y también la estadía hospitalaria.

Objetivo: este estudio pretende conocer la correlación entre el aspecto macroscópico del Apéndice cecal y la biopsia correspondiente.

Material y Método: se realiza un estudio de corte transversal, tomando como muestra los pacientes apendicetomizados por Apendicitis Aguda, en un Hospital de alta complejidad durante el año 2008, por cirujanos de más de 5 años de experiencia. Se confecciona en Access un instrumento ad-hoc para facilitar la recolección y análisis de la información, revisando las fichas clínicas, y distribuyéndolos en los 4 grupos ya mencionados. Se compara con el resultado del informe de la biopsia, para así obtener el índice de correlación de Kappa corregido o balanceado. Un Comité de Ética Científica de un Servicio de Salud evaluó los aspectos y posibles requerimientos éticos y aprobó la realización del estudio

Resultados: se obtiene un total de 307 pacientes, que se ordenan en una tabla de 4 x 4, donde se aprecia un alto valor de coincidencia, al balancearla tenemos un Kappa corregido moderado. En Apendicitis, un 65% son Flegmonosas de acuerdo a la biopsia, 16 casos la macroscopía los hizo ver como menos enfermos de lo que realmente estaban, y más del 50% de los catalogados como gangrenosos, en realidad eran flegmonosos. Un 20% de los pacientes catalogados como sanos fueron correctamente así definidos. No hubo diferencia entre los distintos observadores.

Conclusiones: la correlación encontrada entre el aspecto macroscópico del Apéndice Cecal en Apendicitis Aguda y la biopsia, se cataloga como moderada acuerdo al índice de Kappa corregido. Se hace necesario continuar investigando, especialmente aquellos casos que fueron subvalorados por su aspecto macroscópico.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-19

Jueves 18 Nov

12:10-12:20

CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS Y BIOMÉTRICAS DEL APÉNDICE VERMIFORME EN NIÑOS CHILENOS OPERADOS POR APENDICITIS AGUDA.

Verdugo, R., Olave, E.

Hospital Regional de Coyhaique, Patagonia Chilena.

Las características biométricas del apéndice vermiforme no son constantes en el ser humano, así como tampoco lo es su posición. Los datos sobre sus variaciones aun son limitados, pero muestran la existencia de diferencias dependiendo de la región geográfica y racial de los individuos. En Latinoamérica no existen estudios anatómicos in vivo publicados por lo que las referencias se basan solo en observaciones post mortem. El presente estudio tuvo como objetivo determinar y describir las características biométricas y posiciones anatómicas del apéndice vermiforme. Para ello se realizaron observaciones directas y mediciones del apéndice vermiforme en 65 niños chilenos, 37 de sexo masculino y 28 del femenino, operados por apendicitis aguda en los hospitales regionales del Maule y Aysen. Se consideraron variables como: ubicación del ciego, posición y longitud del apéndice, forma y número de ramas arteriales del mesoapéndice. La edad y peso promedio fue de 9,7 años y 37,5 kg., respectivamente. El ciego se localizó en la fosa iliaca derecha en 62 pacientes (95,4%) y en el flanco derecho en 3 (4,6%). La longitud promedio del apéndice fue de 7,5 cm. La posición más frecuente del apéndice vermiforme fue la retrocecal (47%), seguida de la pélvica (29%), preileal (16,9%), y subcecal (6,2%). El mesoapéndice fue mayoritariamente triangular, con tres ramas arteriales y se insertó principalmente en el tercio medio del apéndice.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-20

Jueves 18 Nov

12:10-12:20

POSICIÓN DEL APÉNDICE VERMIFORME Y SU RELACIÓN CON EL ABORDAJE QUIRÚRGICO, DIAGNÓSTICO Y ESTADÍA POSTOPERATORIA EN NIÑOS OPERADOS POR APENDICITIS AGUDA.

Verdugo, R., Olave, E.

Hospital Regional de Coyhaique, Patagonia Chilena

Las publicaciones científicas que se han centrado en las vías de abordaje en patología apendicular no han establecido si existe relación entre las distintas técnicas quirúrgicas y las posiciones del apéndice. El presente estudio tuvo como objetivo describir las relaciones entre la vía de abordaje y los resultados postoperatorios. Se realizó en 65 niños operados por apendicitis aguda. Se consideraron variables como la técnica de abordaje, tamaño de incisión, posición del apéndice, diagnóstico postoperatorio y estadía hospitalaria. La vía de abordaje más frecuente fue la laparotomía de McBurney (66,7%), con un tamaño de incisión de 3,4 cms.; seguida de la laparoscópica (24,6%), con un tamaño de incisión de 2,4 cms.; y de la laparotomía de Rocky Davis (7,7%), con un tamaño de incisión de 4,2 cms. Según la posición del apéndice, la cirugía mostró que la posición retrocecal (31 casos), tuvo mayor cantidad de apendicitis (84%) versus peritonitis (13%). La posición pélvica (19 casos), mostró paridad de diagnóstico, con 47% y 43% respectivamente. La posición preileal (11 casos), tuvo 60% de apendicitis y 40% de peritonitis. Por último la posición subcecal tuvo 2 casos de cada uno. Otros diagnósticos representaron el 6%. La estadía tanto para apendicitis como peritonitis fue menor en laparoscopia que en laparotomía (1,9 y 4 días v/s 2,4 y 6 días respectivamente). Independiente de la posición del apéndice, la vía de abordaje laparoscópica presentó ventajas relacionadas con un menor tamaño de Incision cutánea, mejor exploración de la cavidad peritoneal, mayor facilidad en la disección y extracción del apéndice, recuperación postoperatoria más rápida y estadía hospitalaria más corta.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-21

Jueves 18 Nov

12:20-12:30

RECUENTO LEUCOCITARIO VERSUS PCR EN APENDICITIS AGUDA.

Shirley Monsalve, Francisco Espinosa y Sandra Montedónico

Hospital Carlos Van Buren y Hospital Naval Almirante Neff, Valparaíso

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.

Objetivo: Relacionar la PCR y recuento leucocitario con el grado de apendicitis aguda.

Material y Método: Estudio retrospectivo, incluyó todos los pacientes intervenidos de urgencia con el diagnóstico pre-operatorio de apendicitis aguda entre Agosto del 2007 y Enero 2010. Los resultados se expresan en promedio. Las diferencias entre los grupos fueron analizadas con la prueba de "t student" .

Resultados: De un total de 723 pacientes operados, 687 contaban con PCR, recuento de blancos o ambos. La edad promedio fue de 9,6 años, con una relación hombre/mujer de 1,6:1 . Los pacientes fueron divididos en 4 grupos: 1.Sin apendicitis (n=39), 2.Apendicitis inicial (flegmonosa y congestiva) (n=386), 3.Apendicitis aguda gangrenada no perforada (n=100), 4.Apendicitis aguda perforada (n =198).

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Rto Blancos	12.653	15.571	18.513	17.242
PCR	39.37	25.64	55.19	101.59

Al comparar el recuento de blancos entre los grupo 1 y 2 encontramos diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.01$) , al igual que entre los grupos 2 y 3 ($p < 0.01$) , no así entre los grupos 3 y 4 ($p = 0.087$).Encontramos diferencias en el resultado de la PCR al comparar el grupo 1 con el 2 ($p < 0.05$), entre el grupo 2 y 3 ($p < 0.01$), y entre los grupos 3 y 4 ($p < 0.01$).

Conclusión: El aumento del recuento leucocitario es una ayuda diagnóstica importante en etapas iniciales de apendicitis, la PCR en cambio, nos sirve en etapas más avanzadas

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-22

Jueves 18 Nov

12:30-12:40

COMPLICACIONES DE PROTOCOLOS ANTIBIÓTICOS UTILIZADOS EN PACIENTES APENDICECTOMIZADOS EN EL HOSPITAL HERNAN HENRIQUEZ ARAVENA.

Nome C., Bauer K., Quiñones F., Álvarez E., Muñoz M., Schwaner A.

Universidad de La Frontera, Temuco

Introducción: la apendicitis aguda es la patología abdominal de urgencia más frecuente en el niño. El índice en países desarrollados varía de 6 a 20%, siendo menor en países subdesarrollados. **Objetivo:** Describir las complicaciones de los diferentes protocolos antibióticos utilizados en pacientes apendicectomizados en el Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA) durante los meses de marzo y mayo de 2010.

Pacientes y métodos: el presente estudio corresponde a una serie de casos recopilada en el servicio de cirugía pediátrica del HHHA durante los meses de marzo y mayo de 2010 con diagnóstico de ingreso de apendicitis aguda, el total de casos estudiados fue de 127. Se revisó el protocolo antibiótico post-apendicectomía de estos pacientes.

Resultados: del total de pacientes estudiados (n=127), todos fueron cirugías abiertas, las que presentaron complicaciones post-antibioterapia fueron 14 (11%). De éstos 12 pacientes (9,4%) presentaron infecciones de herida operatoria, 2 casos persistieron febriles (1,57%) y requirieron cambio de esquema antibiótico. El tratamiento antibiótico inicial que se empleó en las cirugías que se complicaron fue el siguiente: Un paciente con Metronidazol más Amikacina, uno con Cefotaxima más Clindamicina, 11 pacientes con Metronidazol más Amikacina más Ampicilina. De las complicaciones descritas, solo un 18% correspondió a apéndices no perforadas, el resto fueron apéndices perforadas, peritonitis y plastrón apendicular abscedado. **Discusión:** Según los antecedentes obtenidos en las referencias bibliográficas esperábamos encontrar mayor complicaciones en los protocolos antibióticos sin ampicilina, sin embargo, al comparar el tipo de apéndice descrito, existe una clara relación en complicaciones con apéndices perforados.

Conclusiones: la mayor frecuencia de complicaciones se encontró en pacientes tratados con Ampicilina, sin embargo debemos considerar que aquellos pacientes presentaban peritonitis, esta variable causa confusión y no nos permite ser taxativos al momento de concluir. Es por esto que recomendamos realizar más estudios en el tema para determinar con claridad la mejor antibioterapia para nuestros pacientes post- apendicectomizados.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-23

Viernes 19 Nov

8:00-8:10

**PATOLOGIA VESICULAR EN LA POBLACION INFANTIL DE MAGALLANES
EXPERIENCIA DE 7 AÑOS**

Rider JP, Vila J, Sepúlveda JA

Hospital Clínico de Magallanes, Punta Arenas

La colelitiasis es una condición prevalente en Chile y en los últimos años hemos visto un aumento de casos en la población pediátrica. Con el objetivo de analizar nuestra experiencia presentamos un trabajo descriptivo para lo cual revisamos todos los casos desde 2003 a la fecha mediante un protocolo de datos aplicable a fichas clínicas. Resultados: son 44 casos, 36 mujeres (88%) cuya edad promedio es de 12 años (rango 1-14 años). El 90 % de los pacientes presentaba sobrepeso u obesidad. Todos los casos fueron estudiados con perfil bioquímico, pruebas hepáticas y ultrasonografía. Los diagnósticos de ingreso son: colelitiasis sintomática 28/64%, colecistitis aguda litiasica 8/16%, colecistitis aguda alitiasica 1/2%, colelitiasis +coledocolitiasis 3/7%, colelitiasis + pancreatitis aguda 1/2%, colecistitis aguda+ coledocolitiasis + pancreatitis aguda 1/2%, coledocolitiasis 2/4%. El 13 % del total de los pacientes presentó coledocolitiasis. Se abordó lpc en 40 casos sin convertir ninguno de ellos. 4 casos se abordaron con cirugía abierta por múltiples cirugías previas o coledocolitiasis. El tiempo operatorio en el abordaje lpc fue de 63 min en promedio (rango de 50 a 120 min) sin diferenciar los casos en que fue necesario realizar una colangiografía intraoperatoria que se realizó en 3 casos con diagnóstico ecográfico y de laboratorio de coledocolitiasis. En estos pacientes el estudio fue normal tuvimos 1 caso que fue reintervenido en el postoperatorio mediato por un hemoperitoneo por sangrado de un puerto de trabajo. La estadía hospitalaria fue en la mayoría de los casos menor de 48 horas

Conclusiones: las conclusiones no se basan en métodos o resultados. El diagnóstico precoz mediante US realizado a pacientes seleccionados por un miembro del equipo quirúrgico ha sido relevante en el aumento de el número de casos de esta condición en el 2010, el 90 % de nuestros pacientes tienen sobrepeso o son obesos, el abordaje lpc de la vía biliar por medio de colangio intraoperatoria es un método fácil y evita cirugía abierta en las coledocolitiasis.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-24

Viernes 19 Nov

8:10-8:20

MANEJO DE DEFECTOS CONGENITOS DE PARED ABDOMINAL: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS

Guillermo Correia Dubos, Juan Pablo Valdivieso Ruiz Tagle, Ricardo Ibáñez Gonzalez, Marcos Valenzuela Aguilera, Monica Contador M, Thelma Aguilar M y Patricia Hermosilla

Hospital Roberto del Río, Santiago

Introducción: gastrosquisis (Gq) y onfalocele (Oc) son patologías que constituyen una urgencia logística y representan un reto para el equipo a cargo. Estudios mundiales de grandes series han demostrado un aumento en la incidencia, una disminución en su mortalidad pero aun con altas tasas de morbilidad. El objetivo del presente fue describir el manejo neonatal y los resultados obtenidos en un grupo de pacientes de los últimos 10 años y compararlos con los resultados expresados en la literatura actual.

Materiales y métodos: revisión retrospectiva de fichas clínicas de pacientes nacidos en el servicio de neonatología Hospital San José en un periodo de 10 años (enero 2000 a diciembre 2009) con diagnóstico de Oc o Gq. Se describen los siguientes datos: antecedentes maternos, diagnóstico prenatal, tipo de parto, tipo de defecto, malformaciones asociadas, manejo quirúrgico, días de ventilación mecánica, uso de ALPAR, tiempo para alcanzar alimentación total, complicaciones, duración de hospitalización y mortalidad. Para el análisis de los resultados se dividieron en dos series Oc y Gq.

Resultados: entre el 2000 y 2009 hubo un total de 44 registros bajo en diagnóstico de Oc y Gq, de los cuales un 63% fueron Gq y un 37% Oc. Para el grupo Gq el rango de edad materna fue de 15 a 26 años siendo un 61% menores de veinte años; para el grupo Oc el rango estuvo entre 15 a 44 años siendo un 69% mayores de 20 años. Solo una paciente no tenía ecografía prenatal y dio a luz un Oc que falleció a las pocas horas. La vía de parto más frecuente en ambos grupos fue cesarea (Gq: 86%- Oc: 81%) Malformaciones asociadas fue mas frecuente en el grupo Oc (75% vs 28%). Un 43% del grupo Gq se cerro de forma primaria, incluyendo a dos pacientes que se cerraron con SIMIL-EXIT vs un 38% para Oc; los restantes en ambos grupos fueron manejados con SILO inicial reduccion gradual y cierre en promedio de :8 días para Gq y 10 días Oc, requiriendo malla protésica (MARLEX) en dos pacientes para cubrir defecto al retiro del Silo ambos del grupo Oc. Ventilación mecánica duro en m:7 días para Gq vs m:10 días para Oc. La alimentación oral se alcanzo a los m:10 días post op para Oc vs m:13 días para Gq. La complicación más frecuente para ambos grupos fue la infección por CVC 61% para Gq vs 50% Oc, la duración total de la hospitalización fue m:41 días para Oc vs M:30 días Gq. La mortalidad general fue de un 11% (7% Oc vs 4% Gq).

Conclusiones: los resultados de nuestra serie son coincidentes a los reportados por la literatura mundial, el defecto más frecuente es la Gq. El diagnóstico prenatal esta presente en prácticamente todos los pacientes, todos se manejaron quirúrgicamente y el cierre primario es la tendencia, aunque no es la mas frecuente, la infección del CVC y el tiempo en la que alcanzan a alimentarse de forma oral hacen que la estadía hospitalaria sea prolongada. En nuestra serie la mortalidad no difiere de lo reportado por la literatura.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-25

Viernes 19 Nov

8:20-8:30

TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LA GASTROSQUISIS: 2 AÑOS DE EXPERIENCIA CON EL PROCEDIMIENTO SIMIL-EXIT.

Moreno A F, Marquez R, Quijada P, Peralta M.

Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso

Introducción: la gastrosquisis es un defecto de la pared abdominal cuyo pronóstico depende directamente de un manejo prenatal adecuado y la corrección quirúrgica precoz. El procedimiento simil-Exit consiste en combinar la monitorización estricta de la dilatación intestinal, el parto precoz y la reducción intestinal en tiempo cero aprovechando la circulación placentaria.

Objetivos: presentar nuestra experiencia con la técnica, a dos años de haberla incorporado en nuestro servicio.

Pacientes y Métodos: se presentan 5 casos de gastrosquisis tratadas con simil-Exit entre mayo de 2008 y septiembre de 2010.

Resultados: se controlaron todas las pacientes en el Comité de Anatomía Fetal monitorizando la dilatación intestinal ecográficamente. Se interrumpió el embarazo a las 34 semanas por cesárea electiva en 4 casos, excepto un caso de preeclampsia que se interrumpió a las 32 semanas. Se redujeron las asas intestinales sobre los muslos maternos en un tiempo de 4 minutos en promedio, con el soporte de la circulación materno fetal. Todos los pacientes evolucionaron favorablemente, sin necesidad de apoyo ventilatorio, con tiempos de realimentación entre 8 y 14 días, con 21 días de hospitalización en promedio. No hubo mortalidad ni complicaciones asociadas a la prematuridad. Los resultados estéticos fueron excelentes.

Discusión: si bien la prematuridad conlleva un riesgo agregado, en la práctica no se observan complicaciones asociadas y por la calidad de las asas se asegura el éxito del cierre primario. A medida que avanzamos en el aprendizaje podremos agudizar el diagnóstico ecográfico y prolongar controladamente la gestación. Las ventajas de la técnica son claras: es simple de realizar y fácil de reproducir, resuelve el problema del paciente en forma inmediata sin agregar otro procedimiento quirúrgico y evita el riesgo anestésico y la ventilación asistida.

Conclusión: el procedimiento simil-Exit es una alternativa válida en el tratamiento de pacientes portadores de gastrosquisis y posee beneficios sobre la técnica clásica.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-26

Viernes 19 Nov

8:30-8:40

FACTORES IMPLICADOS EN RESULTADOS POST OPERATORIOS EN LA ENFERMEDAD DE HIRSCHPRUNG (EH).

Juan P. Valivieso RT, Thelma Aguilar M, Patricia Hermosilla

Hospital Roberto del Río, Santiago

Introducción: los resultados en EH dependen de múltiples factores en el diagnóstico y manejo, pero aún no hay consenso de su impacto. El objetivo es determinar factores descritos en la literatura implicados en los resultados de nuestro hospital.

Material y métodos: revisión retrospectiva de 36 fichas del 2000 al 2009. Análisis por edad y debut: RN no complicados(1A,n=7), RN complicados(1B,n=12), lactantes no complicados(2A, n=8) y lactantes complicados(2B, n=9) destacando estudio y manejo pre-op, tipo de descenso y segmento comprometido, complicaciones precoces (CP) y tardías (CT).

Resultados: 100% RN de término, 75% varones, de 2 días a 26 meses; 11% Sd. Down; 53% neonatos; 58% debutó complicado (67% con obstrucción intestinal en 1B y 89% con enterocolitis en 2B). En los grupos 1A y 2A todos tenían biopsia por succión, y estudio completo 29 y 63%. En el grupo 1B 83% se diagnosticó con biopsia quirúrgica al momento de resolver la complicación. En el grupo 2B 67% con biopsia por succión y 33% biopsia quirúrgica. Manejo pre-op con enemas, apoyo hidroelectrolítico y antibióticos. Ostomías se realizaron sólo en pacientes 1B y 2B (67 y 56%). Las técnicas más frecuentes son Georgeson (28%), De la Torre (25%) y Rehbein (22%). El segmento más frecuente fue rectosigmoides (61%). Un 62% del total tuvo complicaciones en el post operatorio definitivo. En los grupos 1A y 2A sólo 1 paciente tuvo CP, pero todos tuvieron CT, la más frecuente enterocolitis (5/7) de manejo médico; todos con deposiciones diarias y 72% sin laxantes. En los que debutaron complicados (1B y 2B) 64% tuvo CP, las más frecuentes obstrucción (4/9) y filtración (4/9), un 78% necesitó ileostomía. Un 93% tuvo CT siendo las más frecuentes constipación aguda (64%) y enterocolitis (57%); todos con deposiciones diarias y 57% con laxantes. Hubo 2 fallecidos en la serie sin relación su causa de muerte con EH.

Conclusión: en estos pacientes el hecho de que debuten complicados (1B y 2B) hace que sean más frecuentes las complicaciones post operatorias (67% vs 33%), y si además debutan complicados en periodo de RN (1B) incrementa el riesgo de complicarse 4 veces más que si debutara sin complicaciones. 38% de los pacientes complicados debutaron con enterocolitis, otros factores de riesgo son aislados y de baja frecuencia.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-27

Viernes 19 Nov

8:40-8:50

INVAGINACIÓN INTESTINAL: MANEJO CONSERVADOR, EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL CDR PEDIÁTRICO HOSPITAL CLÍNICO DE MAGALLANES

Juan P Rider, Jimena C Vila, José A Sepúlveda

Hospital Clínico de Magallanes, Punta Arenas

La invaginación intestinal (inin) es la causa mas frecuente de abdomen agudo en el lactante. el tratamiento de esta patologia debe ser consevador dado que se logra la reducción de mas del 70 % de los casos ,disminuyendo la morbilidad y los dias de hospitalizacion- En nuestro pais no hay experiencia publicada a este respecto. A partir de 2003 realizamos un protocolo de manejo de pacientes priorizando el manejo conservador, con reduccion neumatica bajo rx o reduccion hidrostática bajo ecografía, los procedimientos de insuflación o introducción de suero en el recto y el manejo de los equipos de rx y ultrasonido son manejados por cirujanos infantiles del equipo.

Se analizan 22 pacientes, 69 % de hombres., el 60 % de los pacientes tenían entre 5 meses y 12 meses de viday el18,2 % de los pacientes tenían mas de 2 años la rectorragia estaba presente en el 85 % de los casos, masa palpable en 2 casos (9,1 %). el diagnóstico fue clínico y el neumoenema y la ecotomografía fueron realizadas para diagnóstico y tratamiento.

El tratamiento conservador se usó como manejo inicial en 16 pacientes (72%), con éxito en 9 pac (56%), no hubo complicaciones ni recidivas. la duración promedio del procedimiento fue de 15 minutos , el tiempo de hospitalización fue de 24 horas.

Conclusiones: el tratamiento conservador de la inin debe ser implementado como tratamiento inicial en nuestros pacientes, tiene alto rendimiento, baja morbilidad y disminuye el tiempo de hospitalización y la morbilidad. Es necesario formar a los cirujanos infantiles en el manejo de los equipos de imágenes para diagnosticar en la urgencia y resolver en forma mas integral y conservadora nuestros pacientes El tratamiento de estos enfermos es de nuestra responsabilidad y no debemos depender del radiologo, que es un recurso limitado en nuestros hospitales

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-28

Viernes 19 Nov

8:50-9:00

DESCENSO ENDORRECTAL VIDEO ASISTIDO EN MALFORMACIÓN ANO-RECTAL ALTA EXPERIENCIA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE

Rodrigo J Maluje, María A Elton, Mónica M Quitral, Rafael Ruiz, José A Mena

Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar

Introducción/Objetivos: La anorectoplastía sagital posterior (ARPSP) es el tratamiento de elección en las malformaciones ano-rectales (MAR). Para aquellas que presentan fístulas altas, se describió el descenso endorrectal video asistido, con muy buenos resultados publicados hasta ahora. Esta técnica se comenzó a utilizar en nuestro centro a partir de Abril del presente año y nuestro objetivo es presentar los resultados iniciales obtenidos en la cirugía de nuestros primeros pacientes operados con ella.

Materiales y métodos: se realizó una revisión retrospectiva de todos los pacientes con diagnóstico de MAR alta, operados con técnica video asistida entre Abril y Septiembre 2010. En todos se utilizó sonda vesical y lavado de cabo distal de ostomía. Se utilizó un trócar umbilical para la óptica de 5mm y 2 trócares de trabajo de 3mm ubicados en ambos flancos. La fístula se seccionó y ligó con endoloop de Vicryl 3-0. El complejo muscular perineal se ubicó con electroestimulador y se realizó el descenso endorrectal mediante dilataciones progresivas del lugar elegido hasta alcanzar 10mm de diámetro, realizando la sutura recto perineal con Vicryl 4-0.

Resultados: entre Abril y Septiembre del 2010 se operaron 3 pacientes con diagnóstico de MAR con fístula recto-uretral, todos de sexo masculino. Los pesos, al momento de la cirugía, variaron entre 6700 y 8700 gramos. La edad promedio fue de 5,6 meses. El tiempo operatorio promedio fue de 4 horas, no hubo conversiones y no se han observado complicaciones. El promedio de hospitalización fue de 7 días y el de seguimiento es de 3 meses.

Conclusiones: los resultados obtenidos hasta ahora, aunque no óptimos, son comparables a los descritos en la literatura, haciendo posible la realización de esta técnica en nuestro medio. Esto nos permite ofrecer una alternativa adecuada al tratamiento de las MAR altas, como están demostrando las publicaciones existentes.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-29

Viernes 19 Nov

9:00-9:10

CORRELACIÓN DE HALLAZGOS QUIRÚRGICOS E IMAGENOLÓGICOS EN ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE

Subiabre, María J; Mora, Catalina M; Ureta , Esther; Aldunate, María M.

Hospital Roberto del Río, Santiago

Introducción: la enterocolitis necrotizante (ECN) es la principal causa de muerte por enfermedades gastrointestinales en los recién nacidos prematuros. Suele diagnosticarse sobre la base de una combinación de síntomas clínicos, radiológicos y de laboratorio. Los hallazgos radiológicos van desde íleo intestinal, gas en la pared del intestino (neumatosis), aire en el árbol biliar hasta neumoperitoneo, reflejo de la perforación intestinal. El objetivo de esta revisión es evaluar si existe correlación entre los hallazgos radiológicos y los intraoperatorios.

Materiales y métodos: revisión retrospectiva de los informes radiológicos y de los hallazgos intraoperatorios de pacientes operados de ECN, desde enero del 2008 hasta junio del 2010.

Resultados: en este período se operaron 14 pacientes de ECN, de los cuales 71% eran varones con rango de edad de 1 a 53 días (promedio de 32 días). Presentaron compromiso del yeyuno y del segmento ileon-ciego un 64% y del colon un 36%, descrito como hallazgo intraoperatorio; correlacionándose en un 64% con lo descrito en las imágenes radiológicas. Aquellos pacientes donde no hubo correlación (36%) se vio descrito por imágenes que no había presencia de neumoperitoneo, sólo dilatación de asas y en el intraoperatorio, motivado por la clínica agravante, se evidenció perforación intestinal.

Discusión: el momento de la cirugía debe ser sopesado frente a los riesgos generales asociados con ella. La decisión de intervención quirúrgica en los pacientes que muestran marcada distensión abdominal, rápida progresión a falla multiorgánica, radiografías con neumoperitoneo impresiona ser más evidente, pero existirán pacientes cursando con ECN Bell III cuyas radiografías no sean concordantes.

Conclusión: la correlación en nuestra serie entre los hallazgos quirúrgicos e imagenológicos es de un 64%.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-30

Viernes 19 Nov

9:10-9:20

INDICADORES QUE LLEVARON A LA DECISIÓN DE MANEJO QUIRURGICO DE ECN NEONATAL. REVISION DE 10 AÑOS.

Guillermo Correia Dubos, Maria Jose Subiabre, Catalina Mora

Hospital Roberto del Rio, Santiago

Introducción: la enterocolitis necrotizante (ECN) en periodo neonatal constituye una urgencia y la decisión del momento del manejo quirúrgico sigue controversial al igual que el tipo de manejo quirúrgico ya que esto con lleva a elevar la mortalidad; el objetivo es describir factores que se tomaron en cuenta en un grupo de pacientes con ECN manejados de forma quirúrgica y los resultados obtenidos.

Material y metodos: revisión retrospectiva de registros de pacientes atendidos en la unidad neonatal del Hospital San José con diagnostico de ECN en un periodo de 10 años (2000-2009). Se analizaron sólo los pacientes manejados de forma quirúrgica en relación a parámetros clínicos y radiológicos que diagnosticaron ECN, empeoramiento pese a manejo médico, tipo de manejo quirúrgico, uso de ostomías, segmento intestinal comprometido, resección intestinal, complicaciones postoperatorias, uso de ALPAR y mortalidad.

Resultados: 121 pacientes tuvieron ECN en los últimos 10 años en nuestra unidad neonatal de los cuales 43 (36%) fueron de manejo quirúrgico; un 60% son varones; 86% pre-términos. Peso de nacimiento se encontraba en rango de 470 a 3900 gr. La edad de presentación fue de 1 a 31 días (m:11 días). La sintomatología más frecuente fue distensión en un 68%, 58% tenían neumatosis al momento de la decisión quirúrgica, sólo en un paciente se describe asa fija y un 76% tenía neumoperitoneo; todos iniciaron manejo médico y un 81% empeoraron pese a éste, 3 pacientes se manejaron con drenaje de los cuales 2 necesitaron ir a laparotomía, del total de laparostomizados (98%) un 78% quedaron ostomizados siendo la ileostomía la más frecuente (71%), anastomosis primaria se realizó en dos pacientes. 56% fueron ECN difusas estando comprometido el complejo ileon-válvula-ascendente en 30%, la zona reseçada con mayor frecuencia fue ileon en un 42% seguida de colon 30%; del total de pacientes un 12% se resecó la válvula. La longitud promedio de resección fue de 18 cm. El promedio de uso de ALPAR fue de 30 días. Un 40% hicieron infecciones intrahospitalarias, 44% falleció dentro la unidad neonatal, 66% sobrevivieron.

Conclusiones: el indicador más común para tomar decisión de manejo quirúrgico fue la presencia de neumoperitoneo y empeoramiento clínico, no se encontraron otros indicadores comunes para decidir cirugía; el drenaje fue utilizado como medida de salvataje, el uso de ostomías fue la medida quirúrgica más frecuente utilizada, menos de la mitad fallecen y los sobrevivientes no presentaron secuelas derivadas del manejo quirúrgico.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-31

Viernes 19 Nov

9:20-9:30

EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN ATRESIAS INTESTINALES

Guillermo Correia; Juan P Valdivieso; Andrea M Díaz; Francisco J Espinosa.

Hospital Roberto del Río, Santiago

Introducción: las Atresia intestinales (AI) son la causa más frecuente de obstrucción en neonatos con una incidencia de 1/5000 recién nacidos vivos.

Objetivos: describir la experiencia clínica de 28 pacientes con AI entre los años 2000-2010.

Método: estudio retrospectivo, descriptivo de fichas clínicas de neonatología y cirugía infantil.

Resultados: el 57,1% fue sexo masculino, 57,14% recién nacidos de término. El peso promedio fue de 2717 grs. El diagnóstico prenatal se realizó en el 69% de las atresias duodenales, en el 45% de las yeyunoileales y en el 33% de las colónicas, obteniéndose el diagnóstico prenatal en el 57,1% de los casos. El 60,7% presentó malformaciones asociadas destacando las cardíacas en un 88,2%. La principal manifestación clínica fueron vómitos, residuo biliosos y distensión abdominal en el 91,3%. La radiografía de abdomen simple evidenció presencia de doble burbuja en el 84,6% de las atresias duodenales y patrón obstructivo en todas las colónicas y el 72,7% de las yeyunoileales. 96,4% tuvieron resolución quirúrgica encontrándose un 48% de AI duodenales como hallazgo más frecuente. El procedimiento quirúrgico más frecuente correspondió a resección y anastomosis termino-terminal en un 48%. El 54,5% de las yeyunoileas y el 30,7% de las duodenales presentaron complicaciones quirúrgicas precoces, mientras que el 33% de las colónicas sólo complicaciones tardías. El 100% recibió apoyo con nutrición parenteral. La alimentación enteral se incorporó en promedio a los 14 días de vida. La mortalidad general correspondió al 10,7%, ninguna de origen postquirúrgico. Conclusiones: En nuestro centro, el diagnóstico prenatal ha permitido una evaluación y resolución quirúrgica precoz de los RN, sin embargo, según estos resultados y a pesar de los cuidados intensivos, aún existe morbilidad de etiología multifactorial no directamente relacionada con las técnicas quirúrgicas.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-32

Viernes 19 Nov

9:30-9:40

ATRESIA DE ESOFAGO: EXPERIENCIA DE 32 AÑOS

Guillermo Correia, Ricardo Ibáñez, Juan Pablo Valdivieso, Mónica Contador, Pilar Covarrubias y Mario Valenzuela.

Hospital Roberto del Río y Servicio de Cirugía, Clínica Alemana de Santiago, Santiago

Introducción: presentamos la experiencia de 32 años en el manejo de la Atresia de Esófago

Material y método: se revisan retrospectivamente 175 Atresias de Esófago tratadas de las cuales 144 corresponden al Servicio de Cirugía del Hospital Roberto del Río y 31 casos tratados por el autor principal en Clínica Alemana, Hospital del Profesor, Clínica Indisa, Clínica Dávila, Maternidad Madre e Hijo y Maternidad del Hospital José Joaquín Aguirre.

Resultados: los 175 casos corresponden a AE con Fistula Traqueo esofágica 146. Atresia de esófago sin fistula o Long gap 24. Atresia de Esófago sin fistula o Fistulas en H 4 casos y Atresia de Esófago de Long gap con fistula del cabo superior a la tráquea 1 caso. De las 146 ATE con Fistula operamos 140, seis no se operaron por sus malformaciones asociadas básicamente cardíacas mayores o Síndromes Genéticos incompatibles con la vida. De las 140 AE con Fistulas se logro anastomosis t-t, en 135, en 6 casos con alargamiento del cabo superior tipo Livaditis, o plastia y-v. De los 5 casos que no logramos anastomosis t-t, por la gran distancia entre los cabos, o bajo peso, en uno efectuamos un ascenso gástrico primario sin éxito, 2 fallecen en espera de mayor edad y peso, por infecciones intercurrentes en un cuarto que no logramos anastomosis por arco aórtico a derecha y bajo peso esperamos incremento pondo estatural y logramos con Livaditis una buena anastomosis y en el quinto logramos una buena anastomosis a los 3 meses de edad vía toracoscópica. En las Fistulas en H 4 en total logramos cierre vía cervical con 100% de éxito. En las Atresia de esófago de Long Gap 25 en total. En el periodo 1978-1994 de un total de 12 casos, en dos logramos anastomosis termino-terminales después de buginaje de cabos en un lapso de 3 meses, 8 fallecen con gastrostomía y esofagostomía en esperas de crecimiento, y buginaje por infecciones intrahospitalarias y en dos efectuamos tubo gástrico tipo Gravilius con éxito inicial pero posterior fallecimiento por infecciones intercurrentes y estrechez de la anastomosis cervical. Por ello a partir de 1994 en 13 Long Gap efectuamos gastrostomía y luego de confirmar una distancia entre los cabos mayor a 3 cm efectuamos esofagostomía y Ascenso gástrico tipo Spitz al año edad en los primeros casos y hoy a los 4 kg de peso, de estas 13 Atresias de esófago Long -Gap, tenemos 11 resueltas por Ascenso Gástrico, y dos esperan peso, de estas dos en una nuevamente influidos por publicaciones recientes como Fokker y otros, efectuamos solo gastrostomía y esperamos crecimiento pero a los 3 kg de peso, comprobamos por medición radiológica que los cabos estaban cerca, pero al operarla la distancia era de más de 7 cm por lo que la que efectuamos esofagostomía y la preparamos para un Ascenso Gástrico, en la otra hemos efectuado recientemente gastrostomía y esofagostomía, preparándola para Ascenso Gástrico. Esta segunda serie de Atresia de Esófago de Long-gap ha sido 100% exitosa.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-33

Viernes 19 Nov

9:40-9:50

EXPERIENCIA CON ASCENSO GÁSTRICO EN EL MANEJO DE LA ATRESIA DE ESÓFAGO DE TIPO LONG-GAP

Guillermo Correia, Ricardo Ibáñez, Juan Pablo Valdivieso, Mónica Contador, Pilar Covarrubias y Mario Valenzuela.

Hospital Roberto del Río y Servicio de Cirugía Clínica Alemana de Santiago, Santiago

Introducción: la Atresia de Esófago sin fístula traqueo esofágica plantea un desafío quirúrgico importante por la distancia existente entre los cabos esofágicos. Múltiples procedimientos han sido planteados para resolver este problema y la literatura se debate entre salvar el esófago existente o reemplazarlo precozmente. Nuestra opción ha sido el realizar una gastrostomía, estudiar la distancia entre los cabos, y si esta es mayor a 3 cm. realizar una esofagostomía y esperar para ascenso gástrico en diferido. Se presenta nuestra experiencia en 16 casos con esta técnica.

Material y Método: se revisó en forma retrospectiva las historias clínicas de 16 pacientes (11 mujeres y 5 hombres) en que se realizó un ascenso gástrico entre 1993 y 2009. La técnica utilizada es la descrita por Spitz con cierre de gastronomía, resección de esófago distal, remodelación del estómago y anastomosis del fondo gástrico al esófago cervical.

Resultados: de los 16 pacientes 15 corresponden a Atresia Esofágica sin fístula y 1 Atresia con fístula de cabos muy separados. Los pesos de nacimiento fluctuaron entre 1600 y 3340 gramos, y ocho pacientes presentaron malformaciones asociadas. El peso operatorio osciló entre 4.900 grs. Y 10.680 grs., y la edad operatoria entre 4 meses y 13 meses. De los 16 casos, en 15 el estómago fue ascendido retroesternal y 1 por vía mediastínica. El procedimiento quirúrgico fue exitoso en los 16 pacientes, pero uno de ellos fallece en el post-operatorio temprano por una crisis de hipertensión pulmonar en un paciente con una canal atrioventricular. La complicación quirúrgica más frecuente fue la fístula cervical (10 de 15 casos), la que en general fue tardía y escasa, con cierre espontáneo en todo. En 2 pacientes se exploró por colecciones mediastínicas asociadas a cuadro febril, sin lograr identificar germen, cediendo el cuadro febril con el aseo quirúrgico. Un paciente presentó una evisceración abdominal y otro dehiscencia de la yeyunostomía requiriendo cirugía reparadora. La hospitalización duró en promedio 25 días (14 a 45), y esto se debe principalmente al período de espera de cierre de la fístula cervical. La alimentación completa por boca se logró entre 1 y 4 meses siendo más precoz en los pacientes operados a menor edad. Ningún paciente ha presentado estenosis de la anastomosis cervical ni dificultad por distensión del estómago ascendido. El tiempo de seguimiento post-operatorio es de 8 meses a 15 años 5 meses. La evolución alejada muestra buena calidad de vida, con molestias menores que se manejan con una mayor ingesta de líquidos.

Conclusión: la sustitución esofágica por ascenso gástrico ha demostrado ser una buena solución para el manejo del long-gap esofágico en nuestro medio, al evitar las largas hospitalizaciones de los niños en espera de elongaciones, lo que provoca defunciones por infecciones hospitalarias 8 en 12 casos de Atresia Esofago de long gap en nuestra serie de 12 AE de Long gap entre 1978 y 1994 lo que nos llevo a cambiar el abordaje terapeutico por remplazo esofagico con buenos resultados funcionales, y puede practicarse con seguridad sobre los 4 kilos de peso. El pronóstico va a depender, como en general ocurre con los pacientes portadores de Atresia del Esófago, de la severidad de las malformaciones cardíacas asociadas.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-34

Viernes 19 Nov

9:50-10:00

MANEJO TORACOSCOPICO DE LA ATRESIA ESOFAGICA: ¿QUE HEMOS APRENDIDO?

Bernardita A. Troncoso, Miguel A. Guelfand

Hospital Exequiel González Cortés y Clínica Las Condes, Santiago

Introducción: la atresia esofágica (AE) es una anomalía congénita caracterizada por interrupción de la continuidad del esófago, con o sin comunicación con la tráquea. Los avances en cirugía neonatal han permitido repararla mediante cirugía mínimamente invasiva con excelentes resultados. Nuestro objetivo es evaluar el manejo toracoscópico de diferentes tipos de AE.

Metodología: durante 36 meses, 12 neonatos con AE se sometieron a reparación toracoscópica. Cuatro mujeres, ocho hombres; peso 1,800 a 3,600grs y Edad Gestacional 36 a 39 semanas. 9 tenían malformaciones congénitas asociadas.

Resultados: 83% (10/12) corresponde a AE tipo III. En todas se realizó la misma técnica quirúrgica vía toracoscópica; el 92% (11/12) se completó sin complicaciones. En 10/12 se realizó anastomosis esofágica termino-terminal. 2 tenían AE sin fistula, asociada a Long Gap, por lo que fueron sometidos a gastrostomía laparoscópica con aspiración de esófago proximal por 5 a 7 semanas. Al lograr la aproximación de los cabos a dos vértebras, se realizó la corrección quirúrgica; un caso debió convertirse a cirugía abierta. A todos se instaló drenaje pleural y sonda transanastomótica, logrando iniciar estímulo enteral al 3° ó 4° día. 6 pacientes requirieron dilataciones esofágicas 1 a 6 veces. 4 desarrollaron RGE y estenosis esofágica, realizándose Nissen con Gastrostomía laparoscópica.

Conclusiones: durante los últimos años hemos logrado reparar las AE con cirugía mínimamente invasiva con excelentes resultados. Algunos "tips" para una cirugía exitosa son:

- Ecocardiografía previa para evaluar la situación anatómica del Arco Aórtico.
- Posicionar al paciente en semi-prono derecho.
- Ubicación de los trócares: 1er trocar a nivel sub-escapular; 2° trocar en región axilar y 3° se ubica según separación y ubicación de los cabos. Utilizar instrumental de 3 mm.
- Sección de la Vena ázigos con Hook y ligadura de Fístula con clips en forma segura.
- Disección cabo distal hasta diafragma en caso de necesitar menor tensión. Esto no compromete su vitalidad.
- Instalar sonda transanastomótica para iniciar alimentación precoz.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-35

Viernes 19 Nov

10:00-10:10

HENDIDURA LARINGOTRAQUEOESOFAGICA (HLTE). EXPERIENCIA CLINICA 1999 - 2009, EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE 6 PACIENTES.

Patricio Varela, Cecicila Borel, Oscar Herrera, Virginia Linacre, Constanza Ibañez, Heidy Vasquez.

Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago

Pacientes y metodo: seis pacientes diagnosticados y tratados entre los años 1999 y 2009. Cuatro se diagnosticaron en el periodo recién nacido. Los grados de la malformacion fueron 3 HLTE grado IV, 1 HLTE grado III y grado I en 2 pacientes de 1 año de edad. El sintoma principal fue respiratorio con episodios de dificultad respiratoria, estridor y cianosis durante la alimentacion. El diagnostico fue objetivado en todos con laringoscopia optica rigida.

Resultados: 2 pacientes con HLTE grado IV diagnosticados en 1999 fallecieron (sin cirugia correctora realizada) y el tercero se encuentra traqueostomizado con asistencia ventilatoria luego de 8 meses de la cirugia reparadora. 1 RN con HLTE grado III fue operado con exito y seguimiento a 6 años se encuentra asintomático. 1 paciente con HLTE grado I fue intervenido con exito por via endoscopica con mejoría de los sintomas respiratorios aspirativos.

Conclusiones: La HLTE corresponde a una compleja malformacion traqueoesofagica. La laringoscopia con optica rigida es esencial para confirmar el diagnostico, clasificar la malformacion y definir alternativas terapeuticas.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-36

Miércoles 17 Nov

10:00-10:10

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES PORTADORES DE FISURA LABIOPALATINA ATENDIDOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE FISURADO DEL HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE, 1998-2007.

Champin I. Camila, Salvatierra f. Paul, Coloma e. Rodrigo, Muñoz p. Jaime, Segura s. Bárbara

Hospital Clínico Regional de Concepción Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción.

Las fisuras labiopalatinas constituyen deficiencias estructurales congénitas debidas a la falta de coalescencia entre algunos de los procesos faciales embrionarios en formación. Existen diferentes grados de severidad que comprenden fisura de labio, labiopalatina y palatina aislada.

En Concepción, la atención de los pacientes portadores de Fisuras Labio palatinas se realiza hace más de 35 años, siendo este Hospital centro de referencia AUGE/GES de la Región del Bío Bío.

Se cuenta con una base de datos actualizada de los pacientes desde el año 1998 a la fecha, que incluye datos personales del paciente y la información periódica de las atenciones clínicas y quirúrgicas.

El objetivo general de este estudio es determinar las características sociodemográficas y biológicas en los pacientes atendidos en el Centro de Atención Integral al Paciente Fisurado del Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente.

Se analizaron las características de 276 pacientes, de los cuales un 41,7% son mujeres y un 58,3% son hombres, un 43,5% son portadores de fisura labiopalatina y un 56,5% son portadores de fisura palatina. Un 61,2% de los pacientes atendidos pertenecen a la provincia de Concepción, un 18,5% presentan algún síndrome asociado a la fisura.

Este estudio será la base para futuras investigaciones respecto condicionantes hereditarias, ambientales y familiares de las fisuras labiopalatinas.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-37

Miércoles 17 Nov

10:10-10:20

CIRUGÍA DEL LABIO: CUANDO SOBRA Y CUANDO FALTA TEJIDO

Ricardo T. Ellwanger Grollmus ; Patricio I. Quijada Paredes

Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso

Introducción: las lesiones de labios pueden ser tanto de origen congénito como adquirido. La resolución quirúrgica de ellas requiere un conocimiento adecuado de la patología de base y de las distintas alternativas quirúrgicas.

Método: revisamos 15 casos emblemáticos de patología de labio tratados en un período de 10 años: 4 hemangiomas, 4 quemadura eléctricas, 1 mordedura de perro y 5 secuelas de fisura labiopalatina. Se presenta la alternativa quirúrgica empleada y los resultados a largo plazo.

Resultados: en el caso de los hemangiomas hemos optado por una actitud conservadora esperando la involución natural del mismo. La cirugía la reservamos para extirpar el tejido remanente, realizando resecciones cautelosas y en etapas hasta lograr el máximo de simetría. En quemaduras eléctricas, mordeduras de perro y secuelas de fisuras labiopalatinas hemos tenido que recurrir a distintos tipos de colgajos tales como linguales, de avance, la plastía simple y doble de Y en V.

Conclusión: a la luz de nuestros resultados creemos que para tratar las lesiones de labio, el cirujano debe conocer diferentes técnicas quirúrgicas de tal forma de poder usar aquella que mejor se aplique a cada caso.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-38

Miércoles 17 Nov

10:20-10:30

TRATAMIENTO ORTOPÉDICO PREQUIRÚRGICO EN FISURA LABIO PALATINA, IMPLEMENTACIÓN DE LA TÉCNICA Y SEGUIMIENTO A CORTO PLAZO

Iturriaga Bustos P. Almeida Arraigada E. Montecinos Latorre G. Suárez Oviedo V.

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Universidad de La Frontera, Temuco

La reducción de la mal posición de los segmentos fisurados en pacientes portadores de fisura labio palatina antes de la cirugía primaria del labio y nariz es recomendable porque permite realizar un manejo más adecuado de las partes blandas intraop. junto con el cierre primario alveolar (gingivoperiostioplastía).

La técnica de ortopedia prequirúrgica diseñada por Grayson intenta poner ambos segmentos fisurados en mejor posición para así lograr los objetivos enunciados.

Presentamos nuestra experiencia en la implementación, desarrollo y resultados con esta técnica utilizada en 66 pacientes atendidos en la Unidad de Fisurados del Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, entre agosto 2003 a diciembre 2009.

Iniciamos el tratamiento alrededor de los 15 días de vida con la toma de impresión e instalación del aparato ortopédico en boca. Se realiza activación con controles semanales y modelado de la placa. Poco antes de la cirugía se instala una antena nasal para una mejor proyección y posición de la punta nasal.

Consideramos un buen resultado cuando se logró acercar los segmentos alveolares a 2 o 3 milímetros, sin rotación ni anteversión de ellos.

Logramos realizar la técnica de gingivoperiostioplastía en 24 pacientes del total atendidos (36%).

Consideramos que la técnica propuesta por Grayson permite, primeramente, cerrar la fisura alveolar cuando se logra una buena aproximación de los segmentos. Además permite una cirugía con menor tensión dada la mejor posición de los tejidos. En el largo plazo, evitaría el injerto óseo si el paciente logra formar un buen tejido óseo alveolar.

Estamos ahora evaluando nuestros resultados a largo plazo en aquellos pacientes en que se realizó la gingivoperiostioplastía (presencia de tejido óseo y calidad de las piezas dentarias en la zona)

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-39

Miércoles 17 Nov

10:30-10:40

**TÉCNICA DE TROTT PARA REPARACIÓN NASAL EN FISURA LABIAL COMPLETA BILATERAL:
NUESTRA EXPERIENCIA**

Iturriaga Bustos P, Montecinos Latorre G, Suárez Oviedo V, Almeida Arraigada E.

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Universidad de La Frontera, Temuco

El tratamiento quirúrgico de la fisura labial bilateral ha cambiado a lo largo del tiempo ; la técnica de Trott parece ser eficiente para elongar la columela y lograr una mejor proyección de la punta nasal. Presentamos nuestra experiencia con esta técnica para fisura labial bilateral en 32 pacientes operados entre marzo del 2004 a diciembre del 2009 en el Hospital Hernán Henríquez Aravena.

Algoritmo : ortopedia prequirúrgica en segunda semana de vida ; cirugía del labio y la nariz en un tiempo con la técnica de Trott entre los 4 y 6 meses de edad previa evaluación en conjunto con odontólogo tratante.; gingivoperiostioplastía uni o bilateral en el mismo procedimiento según cada caso .En el post operatorio indicamos conformador nasal de silicona por aproximadamente 6 meses, y kinesiterapia de la cicatriz . Mantenemos registro fotográfico desde período de recién nacido, preoperatorio , y post operatorio precoz y tardío. Buen resultado cuando se logró elongar la columela, con una buena proyección nasal y un ángulo labio nasal adecuado.

Nuestros resultados a corto y mediano plazo son adecuados en cuanto a los puntos señalados. En los pacientes con mayor seguimiento (4 a 5 años) hemos notado un ensanchamiento del filtrum, pero consideramos que esta es una complicación más aceptable desde el punto de vista estético que los resultados obtenidos con otras técnicas.

Así , concluimos que la técnica de Trott es recomendable para el tratamiento quirúrgico de las fisuras labiales bilaterales totales. Es necesario corroborar nuestra apreciación con pares externos evaluadores ; contamos para esto con el registro fotográfico de cada caso y esperamos hacerlo a futuro.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-40

Miércoles 17 Nov

10:40-10:50

¿QUÉ PORCENTAJE DE INSUFICIENCIA VELOFARINGEA PRESENTA LA POBLACIÓN ATENDIDA EN LA OCTAVA REGIÓN, CHILE, LUEGO DE LA REPARACIÓN DEL PALADAR?

Claudia Osses M, Rodrigo Coloma E, Camila Champin L, Paul Salvatierra F, Bárbara Segura S.

Los pacientes con fisura de paladar secundario cursan frecuentemente con hipernasalidad. El cierre quirúrgico de la fisura no siempre resulta en un esfínter velo faríngeo suficiente, se han descrito entre 10% y 20% de insuficiencia velofaríngea (IVF) después de la cirugía. La evaluación de la funcionalidad del esfínter velofaríngeo se determina cuando alcanza el desarrollo fonológico, y esta permite valorar desarrollo de lenguaje y decidir distintos procedimientos de tratamiento. La faringoplastia de esfínter y colgajo faríngeo de pedículo superior, mejorando la hipernasalidad hasta 94% para este último.

Se realiza estudio retrospectivo revisando fichas clínicas para determinar en nuestra población, porcentaje IVF postcirugía de paladar, grado de severidad IVF y necesidad de cirugía manejo IVF, para ello se usaron como variables: tipo de fisura palatina, reparación quirúrgica, tiempos acceso a tratamiento quirúrgico, evaluación postoperatoria del habla y grado de IVF mediante valoración fonoaudiológica y nasofibroscópica. Se consideraron fisuras de paladar sin asociación a fisura de labio en el periodo comprendido entre marzo 1998 hasta diciembre 2006.

Se obtuvieron los siguientes resultados: el mayor porcentaje de fisuras fue palatina incompleta, la reparación quirúrgica fue en su mayoría palatoplastia total con colgajos bipediculados, la edad operatoria del paladar en promedio fue 1 año 4 meses, un 37,5 % presenta IVF, 17,9 no se logra evaluar, 42% IVF severa, 23% IVF moderada, 8% IVF leve y 27% IVF residual, 38% del total de IVF se operaron.

Conclusión: nuestra población presenta mayor porcentaje de IVF post cirugía que la comunicada en la literatura. Además el mayor porcentaje de IVF son severas, las edades operatorias se ajustan a los protocolos nacionales.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-41

Jueves 18 Nov

9:00-9:10

REVISIÓN DE LA CIRUGÍA DE MICROTIA EN CONCEPCIÓN.

Salvatierra F., Paul; Coloma E., Rodrigo; Champin L., Camila.; Lehman, James; Muñoz P, Jaime.

Introducción: en respuesta a la constante demanda de pacientes con Microtia en nuestro Servicio, acudimos desde 1999 a diversas oportunidades de capacitación: Dr. C. Giugliano, Dra. T. Hormazábal, Dr. Charles H. Thorne de NYU y los últimos 5 años con Dr. James Lehman de Acron, Ohio. Se trata de una revisión de casos operados por los autores, siendo el primer autor el cirujano principal en el 80% de los casos. Se describe: N° de paciente, sexo, lado/s afectado/s, variedad de presentación, cirugía realizada, sesiones quirúrgicas, estado de avance del tratamiento y resultados.

Descripción de casos: con una Base de Datos de 35 casos de niños con Microtia atendidos, hemos operado 25; 8 no han alcanzado la edad de 6 años, 1 lo hizo este año, 1 es ingreso reciente con la edad quirúrgica que es de 6 años o más. Dos son de presentación bilateral. Se señalan las variaciones de técnica quirúrgica que diferencian los primeros 4 y 21 siguientes, variaciones de la técnica del Dr. Brent. Dificultades encontradas. Sumario del estado actual de los pacientes y presentación de casos.

Revisión del tema: se revisan las clasificaciones, diferentes posturas que ha habido respecto al problema, los tratamientos utilizados y las principales técnicas quirúrgicas y sus características principales.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-42

Jueves 18 Nov

9:10-9:20

OREJAS EN ASA, UNA MIRADA RETROSPECTIVA. EXPERIENCIA DE 14 AÑOS.

Mabel Ortega J., Ovahe Tepano M., Carolina Donoso C., Carolina Muñoz Q., Vivian Muñoz G., Marcelo Rivera G., Belisario Aguayo M.

Complejo Hospitalario San Borja Arriarán, Unidad Quemados y Cirugía Plástica Infantil, Santiago

Introducción: las orejas en asa es uno de los defectos de los pabellones auriculares que afecta con relativa frecuencia a nuestra población infantil. Realizamos una mirada retrospectiva de la técnica quirúrgica utilizada "Stenström modificada" durante 14 años en nuestro servicio.

Materiales y métodos: se revisaron las fichas de los pacientes operados bajo esta técnica entre 1995-2009 en la unidad de Quemados y Plástica infantil. Se analizó sexo, uni o bilateralidad, motivo de la cirugía, repercusiones emocionales, entidad derivadora, indicación quirúrgica, edad promedio de cirugía, tiempo operatorio, días de analgésicos, tiempo de hospitalización y evolución postoperatoria.

Resultados: se operaron 37 pacientes. El 78% de sexo masculino y 22% femenino. La entidad derivadora más frecuente fue Cirugía Infantil. En todos se efectuó un comité con fines evaluativos previo a la cirugía. El 38% sufría conflictos en el colegio y el 8% repercusión familiar. En el 70% el motivo de la cirugía fue estético y 30% psicológico. La edad promedio de cirugía 8,1 años (rango 5 a 15 años). El 100% de los operados la cirugía fue bilateral. El tiempo operatorio promedio fue 2,62 hrs. El tiempo de hospitalización 1,7 días. La duración de analgésicos 2,1 días. 2,7% de los pacientes presentaron complicaciones inmediatas (hematoma). La complicación tardía más frecuente fue la cicatriz hipertrófica retroauricular (8,1%). Fueron manejados con terapia compresiva.

Conclusiones: las orejas en asa es una patología que afecta con relativa frecuencia a nuestra población infantil, puede provocar repercusiones tanto psicológicas como familiares, sin embargo su indicación quirúrgica más frecuente es con fines estéticos. En nuestra revisión 78% fue de sexo masculino, probablemente en el sexo femenino el cabello puede ocultar o disimular la deformidad. La cirugía correctora realizada por nuestro servicio puede ofrecer un cambio importante para el paciente con escasas complicaciones y buenos resultados estéticos.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-43

Jueves 18 Nov

9:20-9:30

LIPOASPIRACIÓN EN GINECOMASTIA Y PEUDOGINECOMASTIA UNA HERRAMIENTA INDISPENSABLE.

Weibel Barahona A., Vergara C., Marín M., Aliaga J., Echeverría P.

Servicio de Cirugía Pediátrica Hospital Regional, Antofagasta

Introducción: la ginecomastia (GM) se define como el crecimiento benigno de la glándula mamaria en el hombre que se presenta principalmente en la adolescencia, en la pseudo ginecomastia (PGM) este crecimiento se debe a obesidad o hipertrofia grasa, estas 2 entidades se presentan conjuntamente cada vez con mas frecuencia, la lipoaspiración (LA) es una técnica con excelentes resultados en estos casos.

Objetivos: realizar una revisión de los pacientes con estos diagnósticos, para evaluar los resultados de (LA), sus complicaciones y las indicaciones quirúrgicas

Métodos: se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes operados de (GM) y (PGM) entre enero del 2007 y junio del 2010, evaluando edad, estudio preoperatorio, técnica quirúrgica utilizada, complicaciones y resultados

Resultados: se obtuvo un total de 30 pacientes, el promedio de edad fue de 13 años, de los cuales el 56.6% presento el diagnostico de (PGM) el 3,3% de (GM) y el 40% ambos diagnósticos, el 100% fue bilateral, el 60% presento sobrepeso u obesidad, el 60% se estudio con ecografía mamaria y el 33% tuvo evaluación por endocrinólogo. Como técnica quirúrgica se realizó (LA) sola en el 56,6 % de los casos, adenectomía mas (LA) en el 33,3%, adenectomía en el 3,33% y (LA) mas adenectomia mas pexia en el 6,6% de los casos, las complicaciones fueron 3 casos, un pezón umbilicado, una dehiscencia de sutura en un paciente con pexia y un hematoma en la zona operatoria, todas se resolvieron sin necesidad de otra cirugía.

Discusión: la (LA) es una técnica que fue necesaria aplicarla en el 96,6% de los casos por lo que es indispensable en el manejo de estas patologías, con el aumento de la obesidad la (PGM) es una entidad que se presenta cada vez con mas frecuencia con graves repercusiones psicológicas.

Conclusión: la (LA) es una técnica segura, con bajo porcentaje de complicaciones y de gran utilidad en el manejo de estas patologías.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-44

Jueves 18 Nov

9:30-9:40

EXPERIENCIA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS GES EN EL SERVICIO DE QUEMADOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN.

Dra. Zapata Jaña. J Dr. Azócar Hitschfeld.D; Dr. Cáceres González R. Dra Arzola Guajardo. G; Dra Arancibia Zuñiga. H.

Servicio de Quemados Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

Introducción: las quemaduras son lesiones en tejidos vivos originadas por acción de agentes físicos, químicos o biológicos. Dependiendo de la edad, localización, extensión y profundidad, pueden incluso ser mortales.

Objetivo: dar a conocer nuestra experiencia en el servicio en cuanto a manejo hospitalario del paciente pediátrico quemado GES.

Material y método: revisión retrospectiva de 256 niños ingresados al servicio de quemados entre enero 2008 a julio 2010 que cumplen con criterio GES. Se evalúa edad, porcentaje de superficie corporal quemada y profundidad, pudiendo asociarse trauma o lesión inhalatoria. Se analiza además sexo, agente productor, infección asociada, intervención realizada y estadía.

Resultados: los lactantes son los mayormente afectados, entre 1 y 2 años, con leve predominio de los varones.

El agente causal lo constituyen los líquidos calientes 66%, lesiones por contacto 26%, electricidad 4,4%, fuego 3.6%. Con daño de más de una zona corporal en 196 niños. La estadía hospitalaria es breve, en promedio 22 días y en la cual 170 niños no presentaron infección, 54 lo hizo por S. Aureus, 16 por S. Aureus más otro germen y 16 por otros gérmenes.

En 118 niños se realizó injerto dermoepidérmico, en 68 escarectomía más injerto y en 70 sólo curaciones.

Obtuvimos una mortalidad de 3 pacientes en esta serie.

Conclusión: en general los niños quemados en nuestro servicio presentan buena evolución, con estadías cortas, bajo número de contaminación e intervenciones oportunas.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-45

Jueves 18 Nov

9:40-9:50

TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN NIÑOS: NUESTRA EXPERIENCIA

Yáñez J., Claire P., Troncoso B., Olivos M.

Servicio de Cirugía Plástica y Quemados

Hospital Dr. Exequiel González Cortes – Instituto Teletón, Santiago

Una úlcera por presión (UPP) es una lesión tisular secundaria a isquemia por presión de un área de prominencia ósea. Los niños con mayor susceptibilidad a presentar úlceras por presión son aquellos expuestos a inmovilización prolongada, de diversas causas.

La localización más frecuente es cabeza en niños pequeños, sacra, isquiática y trocantérea en niños mayores.

Su manejo y tratamiento constituyen un gran desafío tanto intra como extrahospitalario, ya que implica hospitalizaciones prolongadas, aseos quirúrgicos frecuentes, antibioterapia múltiple y retraso de la rehabilitación.

Entre las posibilidades de cobertura cutánea tenemos injertos cutáneos y colgajos.

Objetivo: mostrar nuestra experiencia en coberturas con colgajos en UPP en pacientes pediátricos.

Material y método: evaluación de pacientes portadores de UPP en servicios de cirugía plástica y quemados del HEGC y en centro de Rehabilitación Teletón.

Resultados: se trataron 21 úlceras en 14 pacientes. Las principales localizaciones fueron: isquion 7 (33,4%), sacro 6 (28,5%), trocánteres 3 (14,2%), dorso 2 (9,6%), región plantar 2 (9,6%) y talón 1 (4,7%). La edad promedio fue de 17 años (10 a 21). La principal etiología es el síndrome de postración parapléjico, secundario a Trauma raquímedular en 5 pacientes (35,7%) y a Mielomeningocele en 9 casos (64,3%). El tamaño promedio fue de 8,4 cm.

Se utilizaron colgajos musculocutáneos (15 casos) y fasciocutáneos (6).

Las complicaciones se presentaron en 5 casos (23,8%), principalmente por infección, dehiscencias y seromas.

Discusión y conclusiones: en nuestra experiencia, la reparación de las úlceras por presión en niños es compleja, la mejor alternativa es mediante colgajos musculocutáneos, ya que aseguran un buen volumen de relleno y aportan irrigación adecuada.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-46

Jueves 18 Nov

11:30-11:40

CVC TUNELIZADOS EN HEMODIÁLISIS PEDIÁTRICA

Troncoso Bernardita A., López Pedro J., Grandy J., Gana R., Letelier N., Reyes D., Zubieta R.

Servicio Urología Pediátrica y Unidad de Hemodiálisis Hospital Exequiel González Cortés (HEGC).
Santiago

Introducción: el uso de catéteres de hemodiálisis es causa importante de morbimortalidad y hospitalización en pediatría. Nuestro objetivo es evaluar si la técnica por punción (TP) es la ideal para la inserción de CVC tunelizados en niños.

Metodología: revisión de todos los CVC tunelizados instalados entre julio 2006 y enero 2010 para Hemodiálisis en el HEGC. Comparamos nuestra técnica de inserción por disección venosa abierta (DVA), con la TP, que se inició en enero 2009.

Resultados: durante 41 meses, se instalaron 69 CVC tunelizados. Edad media 7,1 años y peso promedio de 22,1Kg. 52/69 fueron insertados utilizando DVA y en 17/69 se utilizó la TP. Con DVA 16/52 catéteres se perdieron antes del mes, alcanzando una sobrevida menor a 40% a 3 meses, con una vida media de 45 días/catéter. Desde enero de 2009, con el cambio en la técnica, sólo se han perdido 4/17 catéteres durante el primer mes y la sobrevida alcanza 52% a 3 meses, elevando la duración promedio a 149 días/catéter. En ambos grupos, las principales complicaciones fueron infección del CVC; en 9/69 casos (sólo 2/9 por TP) y disfunción por obstrucción, en 17/69 casos, todos con DVA.

Conclusiones: la infección y obstrucción son las principales complicaciones, pero se pueden prevenir modificando la técnica de inserción. Pese a que ha aumentado la complejidad de nuestros pacientes y cada vez los catéteres se instalan en pacientes de menor edad y peso, luego de modificar la técnica, la tasa de complicaciones disminuyó (69 a 18%) y aumentó la sobrevida de los CVC encontrándose más de la mitad de ellos activo hasta Junio 2010.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-47

Jueves 18 Nov

11:40-11:50

PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA EN NIÑOS, UNA LECCIÓN APRENDIDA. REPORTE A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Correa R; Rodríguez J; Fuentealba I; Gallardo A.; Macho L.

Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago

Introducción: la Pielonefritis Xantogranulomatosa (PXG) es una infección supurativa crónica renal. Corresponde entre 1%-8% de todas las pielonefritis. Entidad rara en la infancia, puede ser focal o difusa, suele asociarse a litiasis y obstrucción.

Objetivo: presentación clínica, asociaciones, hallazgos radiológicos y resolución de patología.

Material y Método: análisis retrospectivo de historia clínica de dos pacientes atendidos en nuestro hospital entre enero y septiembre de 2010.

Resultado: dos pacientes de 20 y 23 meses al momento de diagnóstico, ambos con antecedente de prematuridad (30 y 26 semanas, respectivamente), ITU recurrente a *Proteus Mirabilis*, litiasis coraliforme a unidad afectada. Examen físico destaca P/E (-1ds) y T/E (-2ds). Exámenes de laboratorio: Anemia. Leucocituria y Hematuria. Función renal normal. Primer caso se realiza pielolitotomía abierta, dejando nefrostomía por múltiples abscesos en intraoperatorio. Evolución tórpida desde punto de vista infeccioso. DMSA con exclusión renal. Nefroureterectomía abierta a los 2 meses. Segundo caso: Teniendo presente historia y evolución de paciente anterior se realiza DMSA inmediatamente luego de pielotac concordante con diagnóstico de PXG. Se realizó Nefroureterectomía inmediata. Informe de anatomía patológica muestra en ambos casos tejido renal con fibrosis medular, células xantomatosas y neutrofilos formando abscesos, compatible con PXG. Evolución satisfactoria de pacientes luego de nefrectomía. Con mejoría significativa de P/E y recuento de Hemoglobina. Sin presencia de ITU a 5 meses de seguimiento.

Conclusión: la PXG debe ser considerada dentro del diagnóstico diferencial del niño con ITU recurrente asociado a litiasis, abscesos múltiples, aumento de volumen renal y cintigrama con deterioro importante de función renal relativa. La nefrectomía total o parcial está indicada en pacientes con PXG según sea difusa o focal conforme DMSA.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-48

Jueves 18 Nov

11:50-12:00

VALVAS DE URETRA ANTERIOR NO ASOCIADA A DIVERTÍCULO. PRESENTACIÓN Y MANEJO DE 4 CASOS.

Correa R., Rodríguez J., Ossandón F., Pinilla C., Navarrete H.

Unidad de Urología Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago

Objetivo: revisión de una serie de 4 casos de niños con Valvas de Uretra Anterior para discusión de presentación clínica, manejo y resultados.

Pacientes y Método: se realiza análisis retrospectivo a partir de historia clínica de 4 pacientes atendidos en nuestra unidad entre 2008-2010.

Resultados: la totalidad de nuestros pacientes debuta con sintomatología que obliga a derivación a nuestro centro antes de los 3 meses de vida. Tres de cuatro niños presenta antecedente prenatal (Ecografía prenatal). Ningún paciente presenta divertículo asociado a la obstrucción uretral. Se realiza resección endoscópica de valvas en la totalidad. Dos de los cuatro pacientes se adicionó ureterostomía en asa de la unidad más afectada para salvaguardar función ipsi y contralateral, manteniendo ciclo vesical.

Conclusión: esta serie nos revela que valvas puede presentarse en cualquier sitio de la uretra y no necesariamente asociado a divertículo, lo que nos hace plantear que esta asociación se deba a un continuo, vale decir, misma patología diagnosticada en diferentes tiempos. Los avances imagenológicos y principalmente endoscópicos nos hace plantear la resección de valvas como primera opción en el manejo de esta patología.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-49

Jueves 18 Nov

12:00-12:10

BALANITIS XERÓTICA OBLITERANTE. UNA PATOLOGÍA QUE DEBEMOS CONSIDERAR. SERIE DE CASOS, REGIÓN DE LA ARAUCANÍA, 1998-2009.

Dra. Karin Bauer, Dr. Claudio Nome, Dr. Pablo Guzmán, Dra. Paula Troncoso, Francisca Echeverría.

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Universidad de La Frontera, Temuco

Introducción: balanitis Xerótica Obliterante (BXO) corresponde a una dermatitis crónica de etiología desconocida que ocurre en piel del pene. Puede incluir glande, prepucio e incluso puede extenderse hacia meato y uretra anterior. Pacientes y método: A partir de los registros de estudios histopatológicos, se obtuvieron los antecedentes de 47 pacientes con diagnóstico microscópico de BXO, de los cuales se logró extraer datos clínicos completos en 27 de ellos, en un centro público de salud de la Región de la Araucanía (Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco) y en un centro privado de salud (Clínica Alemana de Temuco) entre los años 1998 y 2009. Se registraron las variables: edad de consulta, diagnóstico clínico, comorbilidad, otras malformaciones urológicas, edad operatoria, tratamiento y hallazgos quirúrgicos, uso corticoide tópico y tiempo de seguimiento. Análisis estadístico realizado en Microsoft Excel® 2007. Resultados: Media de edad al momento de la consulta de 9,1 años (1 DS = 2,9), rango entre 3 y 13 años, la mayoría escolares, con un 51,8%. De los diagnósticos clínicos: BXO 77,7%, fimosis con sospecha de BXO 14,8% y sólo fimosis 7,4%. Un 29,7% con alguna comorbilidad no urológica, siendo lo más frecuente la atopía. Otras malformaciones urológicas en un 14,9% de los casos, lo más frecuente varicocele clínico no quirúrgico. Media de edad operatoria de 9,6 años (1 DS = 2,9). Del tratamiento quirúrgico realizado: Circuncisión amplia 77,7%, circuncisión amplia + meatotomía 11,1%, circuncisión clásica 7,45, plastía de pene 3,7%. Uso de corticoide tópico en el 70,3% de los casos. Media de tiempo de seguimiento de 13,4 meses (1 DS = 12,3). Conclusiones: Patología poco habitual, pero que debe sospecharse en: niño con fimosis mayor de 7 años y portador de un anillo blanquecino estenótico en el prepucio. También en paciente que no teniendo antecedente de fimosis previa, debuta con estrechez prepucial a edades mayores, que se hace progresiva. Requiere sospecha diagnóstica y derivación al especialista, dado el curso clínico que puede adquirir. Sugerimos biopsia pieza operatoria en todo paciente que curse con fimosis tardía o progresiva, o que comprometa meato urinario y también en aquellos pacientes que presenten un grado importante de atopía, para realizar un tratamiento adecuado médico-quirúrgico.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-50

Jueves 18 Nov

12:10-12:20

EVOLUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASPLANTE RENAL EN BLOQUE

Pinilla C; González G; Rodríguez J; Delucchi A

Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago

Introducción: el trasplante renal en bloque es una técnica que se utiliza para compensar la masa renal insuficiente en casos de donante cadáver (DC) pequeños, menores de 5 años o de 15 Kg de peso. Es una alternativa, aunque infrecuente, a la escasez de DC. En nuestro Hospital se han realizado 5 trasplantes DC con esta técnica.

Material y Método: revisión de fichas clínicas de trasplantados renales entre 2000 y 2010 en nuestro Servicio. Análisis estadístico simple

Resultados: 5 pacientes trasplantados en bloque entre los años 2001 y 2003, 3 hombres y 2 mujeres. Edad entre 8 y 16 años (x: 10 años). Diagnóstico: 2 displasia renal, 1 nefropatía por reflujo, 1 uropatía obstructiva, y 1 Glomerulopatía. Del donante: 2 niñas y 3 niños; edad entre 1 y 9 años; causa de muerte: 3 asfixias y 2 TEC. Implantación: 4 retroperitoneal y 1 intraperitoneal; Complicaciones: 1 fístula urinaria; 1 RVU a riñones nativos, 1 rechazo agudo. Evolución: 1 pérdida de riñón trasplantado a los 5 años, el resto se mantiene con buena función renal (sobrevivida a 9 años: 80%) 1 paciente presentó Enfermedad linfoproliferativa, pero mantiene buena función renal.

Discusión: la presente serie de trasplante renal en bloque, muestra resultados a mediano y largo plazo comparables al trasplante renal DC habitual, en términos de complicaciones y sobrevivida.

Conclusión: la escasez de DC plantea desafíos crecientes. A nivel quirúrgico el trasplante renal en bloque, pese a ser técnicamente más complejo y menos frecuente, es una buena alternativa ante DC pequeños.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-51

Jueves 18 Nov

12:20-12:30

CÁLICES EXTRA RENALES: UNA RARA EXPRESIÓN DE MALFORMACIÓN UROLÓGICA.

Rodríguez J., Ossandón F., Becar H., Pinilla C., Correa R., Concha G., Villagrán L.

Hospital Luis Calvo Mackenna, Clínica Alemana de Santiago. Santiago.

Introducción: los cálices extra renales constituyen una malformación rara en urología pediátrica. Habitualmente asociados a otras malformaciones, sobre todo con displasia renal. El propósito es divulgar una serie clínica, detallando malformaciones asociadas, funcional renal, manejo quirúrgico y evolución.

Material: revisión de fichas clínicas de pacientes con esta patología, en últimos 10 años. Se consignó motivo de consulta, edad de diagnóstico, sexo, patología asociada, función renal, tratamiento y evolución.

Resultados: 3 pacientes, 2 mujeres y un varón. 2 casos derivados por insuficiencia renal terminal y otro por obstrucción pieloureteral (OPU) izquierda. Edad de diagnóstico fue menor de 1 año en 2 pacientes y en el tercero de 4 años. 2 tenían displasia renal bilateral, uno asociado a OPU unilateral y ambos con daño terminal de función renal. El paciente de la OPU pura, su función renal global era normal con disminución eso sí ipsilateral, menor a un 40 %. 1 paciente terminal tenía vejiga neurogenica no neurogenica y el otro una microvejiga severa relacionada con cloaca. Ambos se ampliaron con mitrofanoff y recibieron injerto cadavérico. El de la OPU se hizo pieloureteroplastia evolucionando bien. Las trasplantadas, una lleva 3 años de sobrevida y bien su injerto. La otra paciente falleció por enfermedad linfoproliferativa a los pocos años posteriores a su trasplante.

Conclusiones: malformación rara y habitualmente asociada a otras más severas, como la displasia renal bilateral y la OPU según nuestra pequeña casuística. En las OPU puras se debe tener cuidado con lesionar los cálices en la reparación de la unión pieloureteral. Su evolución si no se asocia a displasia es buena.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-52

Jueves 18 Nov

12:30-12:40

LITOTRIPICIA ENDOSCOPICA EN NIÑOS

Acevedo S.J, Torrico D .M, Gil R. J, Acevedo J.S.

Unidad de urología infantil -Clínica los Olivos, Cochabamba, Bolivia

Objetivos: la litiasis urinaria en pacientes pediátricos tiene alta incidencia en Cochabamba, Bolivia. El manejo de los cálculos en la vía urinaria en niños, clásicamente ha sido a través de la cirugía abierta, no obstante la endoscopia está jugando un gran rol en los tiempos modernos.

Material y Método: análisis retrospectivo de nuestra experiencia en el abordaje endoscópico de la litiasis urinaria durante el período enero 2008 - diciembre 2010. Se definió el éxito de la cirugía según la fragmentación completa de la litiasis y la desobstrucción respectiva de las vías urinarias.

Resultados: se presentan 12 casos de pacientes pediátricos con litiasis urinaria manejados endoscópicamente; los cálculos ubicados en la uretra, vejiga y el uréter con diferentes edades desde los 2 años hasta los 14 años a los cuales se les realizó uretrolitotripicia, cistolitotripicia y ureterolitotripicia endoscopia neumática. Todos los casos se realizaron sin complicaciones y evolucionaron satisfactoriamente. En todos se utilizó litotripicia neumática y posterior a la fragmentación de los cálculos se colocaron catéteres doble J. en las litiasis ureterales.

Conclusiones: con el avance tecnológico en la endourología se ha facilitado el manejo endoscópico de la litiasis urinaria, pudiendo ofrecer las ventajas de estos procedimientos a los pacientes pediátricos. Resulta un procedimiento seguro y eficaz en la resolución de la litiasis con baja morbilidad asociada. La disponibilidad del litotriptor endoscópico permite efectuar esta técnica con bastante seguridad y excelentes resultados como lo demuestra nuestra casuística. Se ha constituido en el tratamiento de elección para ciertos tipos de cálculos y reemplaza de alguna manera a la litotripsia extracorpórea, ante la no disponibilidad de esta tecnología

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-53

Jueves 18 Nov

12:40-12:50

TRATAMIENTO RADICAL PRUNE BELLY

Acevedo S.J, Torrico D .M, Gil R. J, Acevedo J.S.

Unidad de urología infantil -Clínica los Olivos, Cochabamba, Bolivia

Introducción: el síndrome de Prune Belly, también conocido como el síndrome de Eagle Barret, se caracteriza por anomalías que incluye grados variables de hipoplasia de la musculatura abdominal, anomalías del tracto urinario y testículo intrabdominal.

Objetivo: describir los resultados del tratamiento radical integral del síndrome de Prune Belly

Método: se efectuó el procedimiento quirúrgico integral ,Descenso testicular primer tiempo (F.S.),reconstrucción del tracto urinario y la abdominoplastia simultanea

Caso clínico: se describe el caso de un paciente de cinco años de edad de sexo masculino, portador de síndrome de Prune Belly (Síndrome de abdomen en ciruela pasa). Con: Malformación abdominal: agenesia de músculos abdominales, Testículos intrabdominales, hidroureteronefrosis izquierda (reflujo vesicoureteral grado V severo) y estenosis de uréter medio izquierdo. Se efectúa abordaje radical: Primer tiempo, descenso testicular Fowler Stephens. Resección vesical en cuña. Resección ureteral. Reimplante vesicoureteral con técnica de Boari. Abdominoplastia con técnica de Monfort. Un año después. Se efectúa el segundo tiempo de F. Stephens (descenso testicular y orquidopexia).

Conclusiones: el síndrome de Prune Belly, es una patología de poca frecuencia, casi exclusiva de niños varones ,el tratamiento radical integral es eficaz ,con excelentes resultados

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-54

Jueves 18 Nov

12:50-13:00

ABORDAJE SAGITAL POSTERIOR. RUPTURA DE URETRA POSTERIOR

Acevedo S.J, Torrico D.M, Acevedo J.S.

Unidad de urología infantil -Clínica los Olivos, Cochabamba, Bolivia

Introducción: de todas las lesiones del tracto urinario la más complicada y controversial es aquella que afecta la uretra posterior. Si ésta no es manejada desde un inicio en forma adecuada, desencadenará a largo plazo secuelas no sólo sobre la habilidad de orinar, sino también sobre la continencia y la potencia.

Objetivo: evaluar la utilidad del abordaje sagital posterior transanorrectal como tratamiento en un solo tiempo quirúrgico, de la estenosis completa de uretra posterior.

Caso clínico : niño de ocho años con antecedentes de fractura de pelvis por atropello a los dos años, donde se efectuó vesicostomía que se mantuvo por cuatro años. La uretrografía muestra ruptura de uretra posterior con una distancia aproximada de 2.5 cm. Se efectúa uretroplastía por vía sagital posterior transanorrectal con buena evolución. El abordaje sagital posterior constituyo una excelente vía de abordaje para solucionar este problema como se demuestra en la uretrografía de control.

Conclusiones: las estenosis extensas de la uretra posterior de origen traumático constituyen un reto terapéutico. El abordaje sagital posterior permite una amplia exposición de la uretra proximal facilitando su reparación, preservando la continencia urinaria

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-55

Jueves 18 Nov

13:00-13:10

DUPLICACIÓN PIELOURETERAL CON OBSTRUCCIÓN PIELOURETERAL DEL SISTEMA INFERIOR.

Hugo Becar , Guillermo Concha , Cesar Pinilla, Jorge Rodríguez, F. Ossandón.

Hospital Luis Calvo Mackenna, Hospital Padre Hurtado. Santiago

Introducción: la Obstrucción pieloureteral (OPU) del sistema inferior en pacientes con duplicación pieloureteral es una patología de baja incidencia; el diagnóstico no siempre es fácil, su pesquisa puede ser desde prenatal, por infección urinaria o por otra expresión clínica; la conducta quirúrgica dependerá de la funcionalidad y anatomía que presenta el paciente.

Material y Método: presentar una serie de tres casos clínicos, desde sospecha de, estudio y resolución terapéutica, desde año 2000 al presente, dos pacientes de 8 años y uno de 18 meses. Se pesquisaron, uno por estudio de infección urinaria, otro con dolor abdominal lumbar y el tercero con sospecha ultrasonográfica prenatal. Todos se estudiaron con ecografía renal vesical, Cintigrama Mag 3, Uretrocistografía miccional y Pielografía de eliminación, siendo esta última el examen determinante en la conclusión diagnóstica y anatómica para su tratamiento quirúrgico. En un paciente se efectuó heminefrectomía del sistema inferior, por exclusión funcional del hemirión inferior, en otro pieloureterostomosis y el tercero pieloplastia desmembrada según Anderson Hynes.

Resultados: en los dos casos de plastia, el seguimiento imagenológico muestra hidronefrosis residual sin tensión en el paciente pieloureterostomosis, el caso de la pieloplastia también presenta dilatación residual y la biopsia concluyó OPU. El Mag 3 descartó obstrucción. Clínicamente los tres pacientes evolucionan asintomáticos.

Conclusiones: la anatomía y funcionalidad de los hemiriones en sistemas duplicados son determinantes en la opción de técnica a ocupar. Destacamos el valor de la pielografía de eliminación en el diagnóstico. La heminefrectomía en sistemas excluidos o la pieloureteroplastia según Anderson Hynes o la pieloureterostomosis, son alternativas quirúrgicas viables en la resolución de pacientes con riñones funcionantes y de muy buen pronóstico.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-56

Jueves 18 Nov

13:10-13:20

EL USO DEL MONITOREO ELECTROFISIOLÓGICO INTRAOPERATORIO MEJORA LOS RESULTADOS CLÍNICOS EN LA CIRUGÍA DE LA DISRAFIA ESPINAL

J.J. Marengo, J.L. Cuevas, C. Concha, M.A. Parra, H. Becar y V Abdala.

Servicio de Neurocirugía Pediátrica, Instituto de Neurocirugía. Policlínico de Vejiga Neurogénica HLCM.

Con el objeto de determinar la utilidad del Monitoreo Intra Operatorio (MIO) aplicado en la cirugía de disrafia espinal, se compararon los resultados clínicos en 22 pacientes operados, de los cuales en 8 se utilizó MIO. Doce pacientes correspondieron a lipomas del cono medular, de los cuales 4 fueron operados usando MIO. Por otra parte, 10 pacientes portadores de mielomeningocele (MMC) se intervinieron por reanclaje medular, usándose MIO en 4 de ellos. El MIO consistió en electromiografía continua y estimulada de las raíces lumbosacras, aplicada por el mismo cirujano en el acto operatorio. Tanto el seguimiento neurológico como la urodinamia se obtuvieron de las fichas clínicas del Policlínico de Vejiga Neurogénica del Hospital. De los 8 pacientes operados de lipoma del cono medular en que no se utilizó MIO, 7 presentaron vejiga neurogénica a los 6 meses de seguimiento, mientras que en los 4 operados con MIO, ninguno de ellos presentó alteración en la urodinamia de control ($X^2: p = 0.001$). Por otra parte en pacientes portadores de MMC se comparó el deterioro motor a los 6 meses post-desanclaje medular observándose diferencias significativas entre el grupo operado con y sin MIO ($X^2: p=0.01$). Considerando el aún escaso número de pacientes operados con MIO, se concluye que el MIO en la cirugía de disrafia mejora muy significativamente el pronóstico motor y vesical.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-57

Jueves 18 Nov

13:20-13:30

EL RETROPERITONEO, UN ESPACIO REAL PARA EL TRACTO URINARIO SUPERIOR. EXPERIENCIA INICIAL.

Guillermo Concha G, Jose Astudillo.

Unidad Cirugía Pediátrica. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Padre Hurtado, Santiago

Introducción: la laparoscopia es una forma de abordaje quirúrgico en la resolución de muchas patologías. La retroperitoneoscopia permite el manejo del tracto urinario para algunas patologías. Las indicaciones de video cirugía se dividen en diagnósticas, resectivas y reconstructivas.

Material y Método: se evaluaron las fichas clínicas de 7 pacientes con cirugía resectiva retroperitoneoscópica. Se describe por género, edad, diagnóstico e indicación quirúrgica, tiempo quirúrgico, drenaje, analgesia, complicaciones, tiempo estadía y biopsia.

Resultados: se operaron 5 mujeres, 2 hombres, tres de pesquiza antenatal. Edad promedio 24 meses, rango 6 a 48; Diagnóstico dos de riñón multiquístico sin involución en 2 años de seguimiento. Cinco heminefrectomías, dos de sistema superior por atrofia de dicho sistema con ureterocele, y tres inferior por reflujo vesicoureteral grado 5 con severo compromiso funcional, todos evaluados con DMSA, Ecografía y Uretrocistografía. El rango de tiempo quirúrgico es de 2hr para las nefrectomías hasta 5.5 hr para un caso de heminefrectomía inferior, promedio 2,9hr. Drenaje se dejó por 24 hrs. en 5 pacientes. La analgesia fue Aine para todos ellos. Todas las heminefrectomías controladas con ecodoppler 24 hrs. post cirugía presentaron adecuada perfusión. Tiempo estadía de 2 a 4 días. Complicaciones: Un paciente de Ureterocele evolucionó con infección urinaria febril a las dos semanas y también presentó un quiste en borde superior del sistema inferior al control ecográfico de un mes post cirugía. Las biopsias muestran displasia renal multiquística para las nefrectomías y displasia renal para las heminefrectomía (5), de ellas dos con signos de pielonefritis crónica.

Discusión: la cirugía resectiva retroperitoneoscópica está bien establecida hoy en urología pediátrica, así descrita por ejemplo para nefroureterectomía y heminefroureterectomía. Luego de crear el retroperitoneo, se describe la visión global del tracto urinario desde el riñón hasta la llegada del uréter en vejiga, como fue en todos los casos en que se trabajó el uréter hacia distal, sin comprometer estructuras anexas. Entre 50 a 110 minutos de tiempo quirúrgico se describe para nefrectomía, en esta serie se observa un tiempo mayor. Las Heminefrectomías con visión laparoscópica permiten una disección del pedículo renal en forma minuciosa, evitando la disección del sistema sano, sin embargo no es fácil su disección, el uso instrumental de 3mm permite una mejor disección. La resección también requiere de precisión, para así evitar los quistes, y comprometer tejido sano. Los tiempos quirúrgicos se describen en 200 minutos, distante de lo observado en esta experiencia. La estadía se describe en 24 hrs., también disímil de nuestra realidad.

Conclusión: el abordaje retroperitoneoscópico permite un manejo resectivo del riñón y uréter para ciertas patologías. Es necesario una mayor experiencia para obtener resultados comparables, y así consolidar los detalles técnicos descritos.

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-58

Jueves 18 Nov

13:30-13:40

VARICOCELE: UNA MIRADA RETROSPECTIVA.

Introducción: el Varicocele, constituye una patología urológica que puede alcanzar hasta un 15% de prevalencia en la adolescencia. Según su magnitud implica alteración en crecimiento y desarrollo testicular ipsilateral, dolor e infertilidad en algunos casos. Se describe hasta un 40% de los hombres con infertilidad primaria padecen de Varicocele. Existen muchas técnicas quirúrgicas.

Material y Método: se revisaron en forma retrospectiva 77 fichas clínicas de pacientes intervenidos quirúrgicamente por varicocele desde 2002 al 2010. Se analizaron variables de edad, indicación y técnica quirúrgica, seguimiento, recidiva varicocele y desarrollo de hidrocele. Los resultados se expresaron en porcentajes y promedios.

Resultados: edad promedio 12 años, con rango de 9 a 15. Indicación quirúrgica grado 3 en 65 casos (84%). Todos izquierdo. Técnica Palomo (ligadura retroperitoneal alta de vasos Espermáticos) Laparoscópico 58 casos (75%), de ellos 7 se efectuó separación de arteria Espermática. Palomo abierto 19 (25%), 4 con separación de arteria Espermática. En ningún caso se efectuó tinción de Linfáticos. El seguimiento fue en promedio 5,6 meses. La recurrencia de Varicocele fue 7 casos (9%), de ellos tres corresponden a casos con separación de arteria. La complicación de Hidrocele se observó en 11 casos (14%), de ellos 7 se operaron.

Conclusiones: en nuestra revisión el Varicocele se opera con Técnica Palomo en su mayoría vía Laparoscópica. Las Complicaciones de recidiva de Varicocele en 9% ,e Hidrocele 14% son comparables a lo descrito en la literatura actualmente. Es necesario un mayor seguimiento clínico de los post operados.