

RESUMENES XXXIX CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

USO DE SUSTITUTO DERMICO EN TRAUMA PEDIATRICO. PRESENTACION DE SERIE DE CASOS CLINICOS

Torres Grenett Viviana, Espinosa González MD, Paulos Parot MA, Aguilar Martínez TB
HOSPITAL FELIX BULNES CERDA

INTRODUCCION. Los sustitutos dérmicos (SD) son una herramienta en el manejo actual del trauma fasciocutáneo bien descrita en la literatura para adultos. Hay poca documentación de su utilidad en la población pediátrica.

OBJETIVO. Presentar la experiencia en el manejo de cinco pacientes víctimas de trauma de partes blandas con SD tipo Integra®

MATERIAL Y METODOS. Estudio retrospectivo, se revisaron las fichas clínicas de 5 pacientes víctimas de trauma por atropello en vía pública y quemaduras que se manejaron con Integra® en Hospital Félix Bulnes desde el año 2011 evaluando datos demográficos, motivo de uso, manejo quirúrgico, complicaciones y resultados post operatorios

RESULTADOS. Total 5 pacientes, 4 niñas 1 varón, rango de edad de 9 a 14 años, 3 sufrieron trauma por atropello con desforramiento de extremidades y 2 quemados, se decide uso de SD Integra® por su extensión y zonas especiales comprometidas, Se opera con técnica estándar en dos tiempos, extensión cubierta promedio 450cm (rango de 120 a 1000 cm) con injerto de piel parcial a los 21 días promedio, sin complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias, tiempo de hospitalización promedio 26 días luego de colocación de Integra® con resultados óptimos estético funcionales a los 8 meses promedio en 4 pacientes, uno con deficiente resultado funcional actual de mano derecha.

CONCLUSIONES. El uso de SD es una opción eficiente en el manejo del trauma en pediatría devolviendo la función y estética a la zona afectada, cada vez más accesible en los servicios públicos y al ser manejada con prolijidad puede salvar a un niño de la morbilidad de un procedimiento más extenso.

USO DE PRESIÓN NEGATIVA EN LOXOSCELISMO CUTANEO. PRESENTACION DE SERIE DE CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Aguilar Martínez Thelma, Espinosa González MD, Paulos Parot MA, Torres Grenett V
HOSPITAL FELIX BULNES CERDA

INTRODUCCION. La “mordedura por araña rincón” es un accidente cada vez menos frecuente en Chile y muy aislado en otros países por lo que la literatura de este tema es escaso. Se presenta como un gran desafío quirúrgico ya que no hay un manejo estándar en cuanto al tipo y tiempo de espera para la cobertura final de la zona afectada

OBJETIVO. Presentar la experiencia del manejo de úlceras cutáneas por loxoscelismo con sistema de presión negativa creada por los autores

MATERIAL Y METODOS. El año 2011 se manejaron 3 niñas con úlceras necróticas por loxoscelismo cutáneo, rango de edad de 5 a 8 años, úlceras que comprometían extremidad inferior (2) y superior (1), tiempo de evolución de la úlcera rango de 5 a 60 días antes de la intervención; uso de presión negativa promedio 15 días con posterior cobertura con injerto de piel parcial en todos los casos. Complicaciones: sin complicaciones intraoperatorias, postoperatorias, un paciente con pérdida de injerto que se reinjertó. Tiempo de seguimiento promedio 8 meses en el cual los resultados estético-funcionales son óptimos

CONCLUSIONES. El manejo de heridas de múltiples etiologías por medio de presión negativa ha sido utilizado con éxito. Existen trabajos experimentales tanto en animales como en humanos en los que se ha utilizado el sistema VAC® con éxito para el tratamiento de heridas por mordedura de insectos. Presentamos 3 casos que fueron tratados de forma exitosa con presión negativa que permitió no solo la rápida recuperación y cobertura del paciente, sino que evitó que se incrementara el área de necrosis. Basándonos en nuestra experiencia y en los escasos estudios experimentales y casos clínicos publicados al respecto en la literatura, creemos que la terapia con presión negativa es una buena opción para el tratamiento de las úlceras producidas por mordedura de araña.

UN AÑO DE EXPERIENCIA EN GES - QUEMADOS

Mauricio Osorio U., Italia Caprile B., María del Pilar Covarrubias F., Carolina Correa V., Jorge Larrea J.

Universidad de Santiago - Hospital Roberto del Río

Introducción: Las Garantías Explícitas en Salud, implican en el caso de las quemaduras, la articulación de Redes de Atención, con el desarrollo polos locales, dispuestos a resolver coordinadamente la demanda existente. Esta política pública tiene implícitas garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Cada establecimiento de la Red, debe estar preparado, no sólo desde el punto de vista de infraestructura, recursos humanos y financieros, si no lo que es más fundamental, con guías clínicas y protocolos desarrollados para tal fin.

Objetivos: Caracterizar los pacientes egresados por Garantías Explícitas en Salud – Quemados, del Hospital Roberto del Río en un período de 1 año, generando subgrupos que muestren las diferentes realidades de los consultantes.

Material y Método: Estudio observacional de corte transversal. Se revisan las fichas de 135 pacientes egresados por Garantías Explícitas en Salud – Quemados del Hospital Roberto del Río durante 1 año, registrando datos generales, demográficos y clínicos en una planilla adjunta. Se conforman subgrupos, para su análisis utilizando Graphpad Prism.

Resultados: De los 135 casos, corresponden al Servicio de Salud Metropolitano Norte 71, y a otros Servicios de Salud 64. Los resultados se muestran por diferentes características generales, demográficas y clínicas. Hay diferencia estadísticamente significativa en relación a la presencia de infección en las primeras 48 horas (Fisher: $p < 0,001$) de los primariamente tratados en centros de otros Servicios de Salud. En porcentaje, es 5 veces mayor.

Conclusiones: Los resultados de este año de experiencia son adecuados y comparables con otras series. Sin embargo, la rigurosidad de la guía de paciente quemado – GES obliga a mejorar lo realizado en los centros que derivan al Hospital Roberto del Río. En este sentido el acceso a Pabellón, insumos y otros, no deben obviarse. No hay que olvidar que se trata de patologías garantizadas por Ley.

TRATAMIENTO PRECOZ EN NEVUS MELANOCITICO CONGÉNITO GIGANTE DE EXTREMIDAD SUPERIOR: 4 CASOS

Morovic CG. Vidal C.

Unidad de Cirugía Plástica, Hospital Luis Calvo Mackenna

Introducción Los nevus melanocítico congénito gigantes son lesiones desfigurantes, presentes al nacer que pueden presentar degeneración maligna hacia el melanoma o melanosis neurocutánea. Estas lesiones con frecuencia provocan un compromiso psicológico importante a los padres no tan solo por su potencial de malignización sino también por su estética. Existen opiniones divergentes en relación al tratamiento de los nevus melanocítico congénito gigantes de extremidad superior cuando se considera su riesgo de malignización versus el resultado estético-funcional de la extirpación y reconstrucción del paciente afectado. La secuela estética que dejan los tratamientos tradicionales muchas veces justifica no tratarlos aun asumiendo el riesgo de una posible malignización del nevus, ya que estos no son muy satisfactorios. Entre los métodos quirúrgicos tradicionales, la resección del nevus por parcialidades fue el método de elección en los años 90, lo que significaba un gran número de intervenciones con un resultado deficiente a largo plazo. También se ha utilizado la resección del nevus y posterior "cobertura" ya sea con injertos de piel parcial, total expandida o sin expandir o la utilización de otros sustitutos dérmicos, obteniendo en todos los casos resultados cosméticos pobres y funcionalidad restringida de la zona afectada. La utilización de colgajos expandidos pediculados, o transferidos proporcionan una adecuada cobertura cutánea en lesiones que comprometen la extremidad superior. Se presentan 4 casos clínicos de nevus gigante que comprometen extremidad superior en forma circunferencia lo en manga, resueltos temprana mente con extirpación completa de la lesión y reconstrucción con colgajo expandido pediculado abdominal, que proporcione tejido suficiente para cubrir el defecto con un resultado estético / funcional muy satisfactorio y que acompañara en su crecimiento a la extremidad.

TRATAMIENTO DE ULCERAS POR PRESION EN PACIENTES POSTRADOS: NUESTRA EXPERIENCIA

Dra. Yáñez, Jacqueline, Dra. Claire, Pilar, TPM Salinas, Marisol
Hospital Exequiel González Cortés

Una úlcera por presión (UPP) es una lesión tisular secundaria a isquemia por presión de un área de prominencia ósea. Los pacientes 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 trocánteres en niños mayores. Su manejo y tratamiento constituyen un gran desafío tanto intra como extra hospitalario, ya que implica hospitalizaciones prolongadas, aseos quirúrgicos repetidos, antibióticoterapia múltiple y retraso de la rehabilitación. Entre las posibilidades de cobertura cutánea tenemos injertos cutáneos y colgajos, siendo estos últimos los más adecuados para cubrir prominencias óseas. Objetivo: mostrar nuestra experiencia en coberturas con distintos tipos de colgajos en UPP en pacientes pediátricos y adultos jóvenes.

Material y método: Evaluación de pacientes portadores de UPP en servicios de cirugía plástica y quemados del HEGC e Instituto de Rehabilitación Teletón. Resultados: Se trataron 47 pacientes. Las principales localizaciones fueron: isquion 34.8%, sacro 21.7%, trocánteres 10.9%, región plantar 18.22% y otras localizaciones (dorso en pacientes con Mielomeningocele). La edad promedio fue de 17 años (9 a 25). La principal etiología es el síndrome de postración parapléjico, secundario a Trauma raquímedular y a Mielomeningocele, pero también se encontraron pacientes deambulantes con alguna lesión neurológica. El tamaño promedio fue de 8,4 cm. Se utilizaron colgajos musculo cutáneos, fasciocutáneos, y en 3 casos injerto. Las complicaciones fueron principalmente por hematomas, seromas e infecciones que desencadenaron dehiscencias. Discusión y conclusiones: La reparación de las úlceras por presión en niños es compleja, la mejor alternativa es mediante colgajos, ya que aseguran un buen volumen de relleno y aportan irrigación adecuada. Sin embargo, debemos considerar la edad del paciente para elegir la técnica quirúrgica más adecuada.

SINEQUIAS GINGIVALES

Acosta Silvana, Giugliano Carlos

Hospital de Niños Roberto del Río. Santiago.

Introducción La fusión maxilomandibular (signatia) es una entidad muy poco frecuente que puede variar desde adhesiones mucoso-fibrosas entre encías (sinequias), hasta fusión ósea (sinostosis) de ellas. La presentación clínica de las sinequias maxilares varia según el grado de adhesión que provocan, así, puede manifestarse por limitación precoz en la abertura bucal, o por dificultad en alimentación.

Casos Se describen los casos tratados en la Unidad de Cirugía Plástica Hospital de niños Roberto del Río. Entre 1997 y 2012 se manejaron 6 pacientes, 4 eran mujeres. Todos ellos portadores Síndrome de Van der Woude. En 2 pacientes la apertura bucal estaba tan limitada que debió resolverse la primera semana de vida, en cambio el último paciente fue derivada al noveno mes. La anestesia en todos los casos fue inhalatoria y en 5 pacientes fue posible la intubación orotraqueal al primer intento, a un paciente fue necesario cortar las adherencias con tijeras para permitir intubación. Tres casos requirieron sutura en la gingiva, en los otros 3 fue suficiente la sección de la banda fibrosa. El 100 % de los casos las bridas fueron bilaterales. Ninguno desarrolló anquilosis de articulación temporo mandibular.

Revisión Los casos presentados corresponden a una patología poco común: la adhesión maxilomandibular por bandas fibrosas. Frecuentemente los pacientes son portadores de algún síndrome: Van der Woude, S. de Pterigium Poplíteo, S. de Fryns. Habitualmente la anomalía ocurre entre el borde alveolar de ambos maxilares pero hay descritos otras ubicaciones intraorales: entre borde lateral de la lengua y piso de la boca y entre paladar blando y pilares faríngeos.

SINDROME DE SHOCK TOXICO EN NIÑOS QUEMADOS

Autores: Doctores Caprile I, Osorio M, Covarrubias P, Correa C, Broussein V,

Unidad de Quemados del Hospital Roberto del Río, Santiago. Chile.

Introducción: Se presentan 13 casos de Síndrome de Shock Tóxico (SST) en niños en el contexto de fiebre y rash cutáneo asociado a quemaduras. Se diferencian de las llamadas Escarlatinas Quirúrgicas por su evolución a un grave SIRS potencialmente mortal. Producto de la revisión bibliográfica, se entregan elementos de diagnóstico y pautas de tratamiento como emergencia médica.

Objetivos: Distinguir el SST de una Escarlatina., Identificar los grupos de riesgo. Propuesta de un protocolo de manejo inmediato.

Pacientes y Método: De 534 niños quemados egresados entre el 1 de Abril del 2010 y el 31 de Mayo del 2012, 26 meses, se analizan 28 casos de fiebre y rash escarlatiniforme extrayendo datos demográficos, clínicos y de laboratorio. Se calculan las incidencias de escarlatina y de SST en este periodo y la relación entre ambos. Se identifica el grupo de riesgo para SST el cual coincide con la literatura.

Resultados: De 28 pacientes con fiebre y rash cutáneo asociado a quemaduras, 13 corresponden a SST (46%) y 15 a Escarlatina (54%). Las incidencias en el periodo son 2,4% para SST con un fallecimiento y 2,8% para escarlatina sin mortalidad. El grupo de riesgo identificado es: sexo masculino, < dos años, 2º día de quemadura y SCQ < 10%

Conclusión: El SST en niños quemados es prácticamente desconocido en Chile. Suele ser confundido con Shock Séptico. El tratamiento es similar pero el SST requiere además de inmunización pasiva lo cual podría evitar la falla multisistémica y la muerte. Una paciente de la serie falleció al retrasarse la aplicación del protocolo propuesto. Por ello quisimos difundir nuestra experiencia junto con la propuesta de un algoritmo para identificarlo y tratarlo eficazmente.

ROL DEL CIRUJANO INFANTIL EN EL MANEJO DE LA HIDROCEFALIA. EXPERIENCIA DE COLABORACIÓN ENTRE DOS SERVICIOS. 2009 A 2011.

Pamela Saavedra Varas, Constanza Nieme Sánchez; Jaime Bastidas Anabalón; Manuel Ángel Godoy; J. Cristóbal Cuellar; Víctor Zepeda

Hospital San Pablo Coquimbo

Introducción: La implantación de una válvula derivativa ventrículo peritoneal (VDVP) es el procedimiento de elección para el tratamiento de la hidrocefalia de distintas etiologías, si bien la ventriculostomía endoscópica del tercer ventrículo (ETV) cobra espacio en estos días. Las complicaciones valvulares son de tipo mecánicas e infecciosas. El pronóstico depende en parte importante de la técnica quirúrgica. El manejo multidisciplinario (neurocirugía - cirugía infantil) permite instalar en peritoneo por vía laparoscópica el segmento distal del circuito derivativo bajo visualización directa y sin laparotomía. En casos en los que está contraindicado el abordaje peritoneal se puede derivar a vejiga o a aurícula. **Metodología:** estudio retrospectivo de 19 pacientes tratados por hidrocefalia entre 2009 a 2011 en Hospital San Pablo de Coquimbo. Se registran sexo, etiologías de hidrocefalia, edad de 1er tratamiento quirúrgico, equipos quirúrgicos, complicaciones, reintervenciones y procedimientos realizados en relación a válvulas de derivación. **Resultados:** A 5 de 19 pacientes se les instaló VDVP por laparoscopia (ninguno como primer tratamiento), salvo en un caso (ventriculitis 2 meses post laparoscopia) este fue el último procedimiento efectivo sin complicaciones al cierre del estudio. En dos complicaciones obstructivas de VDVP instaladas por laparotomía, el problema se resolvió por laparoscopia sin necesidad de recambio valvular. En los abordajes laparoscópicos se visualizaron adherencias en sitio de laparotomía previa en todos los casos.

Conclusiones: Se destaca el manejo multidisciplinario para optimizar el tratamiento de estos pacientes. La laparoscopia permite evitar otra laparotomía al momento de revisar o cambiar una válvula, disminuyendo el riesgo de adherencias, permite menor manipulación del sistema por lo que disminuiría el riesgo de infecciones. Se propone modificación a técnicas descritas y estudio prospectivo con instalación de VDVP video asistido.

QUISTES DERMOIDES NASOETMOIDALES: MANEJO QUIRÚRGICO

Giugliano C.

Unidad de Cirugía Plástica y Quemados Hospital Roberto del Río, Unidad de Cirugía Plástica Clínica Alemana

INTRODUCCION: Los quistes dermoides nasoetmoidales son malformaciones congénitas infrecuentes, de origen ectodérmico. Ante el hallazgo existe la posibilidad de compromiso de estructuras profundas y extensión intracraneal

OBJETIVO: Se consideró de interés presentar esta serie clínica por tratarse de una patología poco frecuente, con evolución y resolución quirúrgica especial.

MATERIAL Y METODOS: revisión de 5 pacientes tratados entre los años 1999 y 2011. Todos de sexo femenino y con una edad promedio de 14 años. La consulta en todos los casos fue la presencia de una fístula cutánea y aumento de volumen en el área nasal. Un caso consultó por disconformidad con su aspecto estético nasal. Cuatro pacientes presentaron infección local y en 2 de ellos se observó la presencia de pelos por el orificio fistuloso. El estudio imagenológico se realizó con tomografía axial computada (TAC) y con resonancia nuclear magnética (RNM). El manejo quirúrgico consistió en un abordaje directo sobre el dorso (4 casos) y osteotomía media abierta (2 casos). Uno de los pacientes se abordó en forma combinada coronal y nasal.

RESULTADOS: En todos los casos se observó falta de continuidad de los huesos propios nasales e hipoplasia del septum en diversos grados por el efecto masa de la lesión con extensión al etmoides. En dos pacientes se confirmó una comunicación con la fosa craneana anterior. El aspecto macroscópico intraoperatorio y el estudio anatomopatológico confirmaron el diagnóstico. No hubo complicaciones quirúrgicas. El resultado estético fue satisfactorio.

DISCUSION: Todo paciente en el cual se sospeche un dermoides nasoetmoidal requiere adecuado estudio imagenológico. Es mandatorio investigar la extensión intracraneana descrita en la literatura en el 19% de los casos la cual observamos en dos de nuestros pacientes. La única opción curativa en estos casos es la correcta y completa extirpación quirúrgica la que podría ser preventiva de meningitis o abscesos cerebrales secundarios en los casos complejos.

PREMAXILA INTRANASAL COMO SECUELA QUIRÚRGICA EN FISURADO BILATERAL

Giugliano V., Carlos, Subiabre F., María José; Suarez O., Vivian; Peña M., Verónica, Rosenberg, Rubén.

Unidad de Cirugía Plástica y Quemados Hospital Roberto del Río, Unidad de Cirugía Plástica Clínica Alemana

Introducción: La premaxila (PM) mal posicionada agrega dificultad en la rehabilitación de las secuelas de fisurados bilaterales. Históricamente han sido tratados con ortodoncia, fuerza elástica externa, set back o extirpación de la PM no exentos de complicaciones.

Objetivo: Presentar el manejo excepcional quirúrgico-ortodóncico en un caso clínico derivado de secuela compleja de fisura bilateral, portador de PM intranasal y defecto severo secundario en el paladar, septum y maxilar superior

Materiales y método: El 2004 consulta paciente masculino, de 10 años de edad, de la IX región, con antecedentes de cirugías primarias no bien definidas y extracción de incisivos de su PM en posición intranasal la que queda en evidencia clínica y radiológicamente. Se intenta en nuestro servicio ortodoncia sin resultado, realizándose extirpación de la PM intranasal. Se comprueba gran defecto de comunicación oro-nasal y vestíbulo-nasal, con falta de premaxila y paladar óseo anterior e hipoplasia de cartílago cuadrangular septal anclado sólo a etmoides y vómer. Posteriormente, en etapas se planifica cierre del defecto con colgajo tipo turn-over de mucosa palatina remanente para formar piso nasal, y gran colgajo de lengua para plano oral. En otro tiempo, se instala bajo las partes blandas reparadas, un injerto óseo córtico-esponjoso de cresta ilíaca de 4x1,5 cm, con osteosíntesis a las paredes mediales de los senos maxilares utilizando implantes de titanio. Finalmente se instala somatoprótesis dentaria en los implantes y se realiza rinoseptoplastia definitiva y revisión labial, todo con buenos resultados

Discusión: La extirpación o pérdida de la PM requiere rehabilitación ósea y de partes blandas para el gran defecto secundario. Las alternativas descritas son los colgajos locales y la microcirugía con aporte óseo. En este paciente el manejo con colgajo de lengua y en forma diferida el injerto óseo para la instalación de implantes posibilitó un adecuado resultado.

PLASTIA DE BORGES EN EL MANEJO DE SECUELAS CICATRIZALES, EVALUACIÓN COMO ALTERNATIVA QUIRÚRGICA.

Carolina Lagos, Vivian Suárez, Mj Subiabre, Andrea Hasbún

HOSPITAL ROBERTO DEL RIO

Introducción: La secuela de una cicatriz puede provocar una discapacidad funcional y /o estética producida por la retracción o deformación de los tejidos vecinos a consecuencia del crecimiento del niño. La plastia cutánea descrita por Borges es utilizada con el objetivo de cambiar la dirección de una cicatriz lineal logrando reducirla tendencia a retraerse y permite dejar el 50% de la cicatriz en la dirección de las líneas de tensión de la piel

Material y método: Se describen 3 pacientes intervenidos entre el año 2010 y 2012 con secuelas de cicatrices en el Servicio de Plástica del Hospital Roberto del Río
Caso 1: paciente femenino, 10 años, cicatriz retráctil de mejilla derecha secundario a mordedura de perro

Caso 2: paciente masculino, 14 años, cicatriz alopecica de cuero cabelludo secundario a extirpación de nevus

Caso 3: paciente masculino, 14 años, cicatrices faciales no estéticas por mordedura de perro
Se les realizó resección de la cicatriz y se trazaron múltiples triángulos con ángulos de 60° a ambos lados de la misma que se entrecruzaron. Los pacientes fueron sometidos a evaluación con escala validada de Strasser por 3 observadores independientes en el preoperatorio y al control postoperatorio del mes se evaluó presencia o no de complicaciones y satisfacción del paciente.

Conclusiones: En nuestra experiencia resultó una técnica de fácil realización, con evaluación preoperatoria mediocre y pobre y buenos resultados estéticos según escala de Strasser postoperatorias, según los pacientes apreciación excelente en 1 y bueno en 2. No hubo complicaciones postoperatorias. La plastia de Borges es una técnica conocida para el manejo de secuelas cicatrizales y recomendada por ser segura y efectiva en estos pacientes

PÉRDIDA TARDÍA DE INJERTO POR ASPERGILLOSIS CUTÁNEA EN PACIENTE QUEMADO: REPORTE DE UN CASO.

Valentina Broussain, Broussain V., Covarrubias P., Correa C., Caprile I.

Roberto del Río

INTRODUCCION: la aspergillosis cutánea es una enfermedad infrecuente en el paciente inmunocompetente, y se ha descrito que puede evolucionar a infección sistémica, con muy mal pronóstico. Se presenta un caso de pérdida tardía de injerto por *Aspergillus flavus*.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: paciente de 11 años, sufre quemadura en extremidad inferior 7% por fuego. Se hospitaliza. Se realiza injerto dermoepidérmico 2% a los 16 días post quemado. Evolución favorable con injerto prendido 100%. Continúa control ambulatorio hasta 3 semanas después de injertado, se envía a otro centro para rehabilitación y pierde controles en nuestro hospital. En dicho Centro inició tratamiento compresivo, presentando pérdida completa de injerto; se reinjertó, perdiendo nuevamente éste, reenviándose a nuestro hospital. A su ingreso, cuatro meses después del primer injerto: se toman exámenes generales y cultivo de áreas cruentas, éste último es positivo para *Aspergillus flavus* y *Cándida albicans*, inicia tratamiento con Itraconazol, desaparecen lesiones rápidamente y no requiere nuevo injerto. Se descarta compromiso sistémico. Estudio inmunológico normal. A 4 meses de finalizado tratamiento antimicótico continúa con buena evolución.

REVISIÓN DEL TEMA: las infecciones por hongos han sido ampliamente descritas en pacientes grandes quemados, pero existe escasa literatura acerca de infección micótica en tejido cicatricial de una quemadura, y no existe en relación sólo a injerto. Se ha descrito el fenómeno de Koebner en cicatriz de quemadura, aparición de una lesión en piel previamente sana que ha sido traumatizada, y podría explicarse por la reducción de células de Langerhans. Proponemos que en pérdidas tardías de injerto se debe investigar causas poco frecuentes y tratarlas, previo a considerar reinjerto.

OBTENCIÓN ENDOSCÓPICA DE NERVIOS SURAL PARA REANIMACIÓN FACIAL: PRIMER CASO

Hasbun A, Acosta S, Benítez S., Lagos C.

Hospital Roberto del Río

Introducción: Por muchos años, el nervio sural ha sido el de elección, en la reparación de nervio periférico, tanto por su largo y diámetro, como por la ausencia de déficit motor luego de su remoción. El déficit sensorial usualmente es bien tolerado. Tradicionalmente los abordajes han sido el "stocking seam" (sutura en calcetín) o a través de incisiones múltiples (4 o más) tipo escalera con disección roma ciega entre ellas, las que tienen desventajas no menores, cicatrices an-estéticas, disección ciega entre las incisiones, tracción y traumatismo del nervio. Presentamos el caso clínico de paciente femenina, de 9 años, portadora de parálisis facial congénita, en quien se obtiene el nervio sural mediante abordaje endoscópico para la realización de injerto cruzado para reanimación facial. **Técnica:** Se realiza abordaje en cala lateral de pierna derecha, con óptica de 4 mm y 30 grados, permitiendo la adecuada identificación y disección del nervio, en su trayecto sin traumatismos y con solo 2 incisiones de abordaje. Tiempo operatorio de 30 min. Sin complicaciones locales.

Discusión: La obtención del nervio sural por vía endoscópica es una técnica quirúrgica relativamente sencilla, posible de realizar en edad pediátrica, mediante la cual la disección bajo visión permanente permite menor traumatismo del nervio y menos secuelas cicatriciales.

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA FISURA ALVEOLAR CON INJERTO DE ÓSEO AUTÓLOGO
Giugliano C., Grasset E.

Unidad de Cirugía Plástica, Hospital Roberto del Río, Clínica Alemana, Fundación Gantz

El manejo quirúrgico de la fisura alveolar (FA) con injerto óseo autógeno (IOA) habitualmente se realiza en el periodo de dentadura mixta. El hueso alveolar otorga sostén a la dentadura y estabiliza al maxilar. Se han descrito múltiples procedimientos asociados a esta cirugía, destacándose el uso de concentrado de plaquetas (CP) autógeno.

Objetivos: Comparar los resultados globales de la técnica del IOA para el cierre de la FA con y sin CP.

Materiales y métodos: Revisión retrospectiva de 43 pacientes fisurados sometidos a cierre quirúrgico alveolar secundario mediante el uso de IOA obtenidos de hueso iliaco, con y sin CP, realizados por el mismo cirujano en el periodo del 2005 al 2010. Se midieron datos demográficos, resultados clínicos y radiológicos y complicaciones.

Resultados: 24 pacientes sexo masculino y 19 femenino. 18 casos fueron unilaterales y 15 bilaterales. La edad quirúrgica promedio fue 12, 8 años. En 25 de 43 pacientes obtuvimos datos suficientes para el estudio, resultando 13 con CP y 12 sin CP. Cierre de la FA en el 67% con CP y 87% sin CP. Cierre de la FVN en el 75% con CP y 93% sin CP. Continuidad de la arcada dental en el 75% con CP y 73% sin CP Erupción del canino en un 91% con CP y 87% sin CP. Complicaciones quirúrgicas se observaron en el 0% con CP y en el 60% sin CP, destacando extrusión de hueso (2 pacientes) y hematoma de sitio dador (3 pacientes). Resultados radiológicos globales evidenciaron un puente óseo adecuado en el 90% de los casos

Discusión: El cierre de la FA exige coordinación quirúrgica-ortodóncica, siendo el objetivo central la erupción del canino. En nuestra serie, el uso de CP aparentemente no modificaría los resultados clínicos pero sí podría ofrecer una ventaja en cuanto a las complicaciones quirúrgicas.

LA PRIMERA ATENCIÓN DEL NIÑO QUEMADO: ROL DE LA PROCEDENCIA

Mauricio Osorio U., María Covarrubias F., Italia Caprile B., Carolina Correa V., Jorge Larrea J.

Universidad de Santiago de Chile – Hospital Roberto del Río

Introducción: Las quemaduras en los niños, son causa importante de morbimortalidad, a pesar de los esfuerzos desplegados en su prevención. El avance de la vida contemporánea, agregó nuevos mecanismos del accidente, pero también nuevas alternativas terapéuticas. Sin embargo la primera atención y su entorno, siguen siendo fundamentales para una adecuada evolución posterior.

Objetivos: Caracterizar los pacientes egresados del hospital Roberto del Río (HRR), en el período de 1 año, entre otros por procedencia, y en particular a los que presentaron infección dentro de las primeras 48 horas del ingreso.

Material y Método: Estudio observacional de corte transversal. Se revisan las fichas de 211 pacientes egresados del Hospital Roberto del Río entre Abril 2011 a Marzo 2012, registrando datos generales, demográficos y clínicos en una planilla adjunta. Se conforman 2 subgrupos, uno corresponde a los beneficiarios del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN), y el otro a beneficiarios del resto de la Región Metropolitana. Análisis utilizando Graphpad Prism.

Resultados: La distribución encontrada por los diferentes aspectos es la esperable. Destaca que más del 40%, corresponden a pacientes inicialmente tratados en otro Servicio de Salud. La infección dentro de las primeras 48 horas, está presente en forma significativa en éste último grupo en relación a los del SSMN (Fisher: $p < 0,001$). Sólo hubo 1 fallecimiento.

Conclusiones: La significativa mayor tasa de infección en quienes fueron tratados inicialmente en otros centros, nos hace llamar la atención en este aspecto. La primera atención es fundamental. Creemos necesario estudiarla con mayor detalle, y en paralelo generar espacios de diálogo en el ámbito de la gestión sanitaria, con el fin de mejorar la calidad ofrecida a los beneficiarios de la Red de Quemados, especialmente las Garantías Explícitas en Salud.

HERIDAS POR MORDEDURAS DE PERRO EN EL VALLE DE ACONCAGUA: UN DESAFÍO CONSTANTE PARA EL CIRUJANO PEDIATRA

Ibáñez C.G., Peña F.J., Espinoza R.O., Varela M.A., Pincheira V.D.

Unidad de Cirugía Pediátrica, Hospital San Camilo, San Felipe. Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Sede San Felipe

Expositor: Francisco Peña Introducción: Las heridas causadas por mordeduras de perro son un desafío para el cirujano pediatra. Deben ser consideradas heridas complejas y polimicrobianas, por lo que el aseo quirúrgico oportuno es fundamental en la disminución de infecciones y resultado estético satisfactorio. El objetivo es determinar la prevalencia de esta patología en nuestra población, caracterizar los antecedentes y describir las medidas terapéuticas efectuadas.

Pacientes y Método: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de herida por mordedura de perro en Hospital San Camilo y Hospital de Los Andes durante el periodo 2006-2011. Posteriormente se revisó el historial clínico y obteniendo información relevante de hospitalización y seguimiento. Además se indagó en las circunstancias del accidente.

Resultados: Se obtuvo un total de 15 pacientes, de edad promedio 4,8 años, predominio masculino (73%). La mayoría fueron en la vía pública (46%), sin embargo no hubo diferencias significativas en la provocación y conocimiento del perro. La mayoría fueron lesiones únicas y la localización principal fue la cara. El tipo de herida más común fue con pérdida de tejido. Todos los pacientes recibieron aseo quirúrgico y sutura primaria. Un 27% recibió vacunación antirrábica. Un 80% recibió tratamiento antibiótico, siendo el más utilizado la Amoxicilina asociada a Ácido Clavulánico. 2 pacientes de la serie requirieron injerto. Un 33% de los pacientes fue derivado a Kinesioterapia. En la mayoría de los pacientes se obtuvo un resultado estético satisfactorio.

Discusión/Conclusión: En nuestra revisión destaca el bajo número de pacientes en comparación con otras series. La realización de aseo quirúrgico y sutura primaria mejora el resultado estético como también disminuye la incidencia de infección de la herida. Destacamos la importancia de consignar adecuadamente las circunstancias del accidente, lo cual permitiría una adecuada prevención.

FISURA 7 DE TESSIER. RELACIÓN DE RESULTADOS ESTÉTICOS CON GRADO DE SEVERIDAD.

Carolina Lagos Jefferson, Silvana Acosta Viana
HOSPITAL ROBERTO DEL RIO

Introducción: La fisura 7 de Tessier es una patología congénita que puede ser aislada o asociada a deformidades de estructuras que derivan del primer y segundo arco branquial Su incidencia es de 1 en 60000-300000 nacidos vivos. El resultado estético depende en gran parte del grado de severidad de la fisura y de la asociación con otras malformaciones faciales.

Material y Método: Revisión de casos de fisura 7 entre los años 2008 y 2012 operados por los autores. Clasificación en 3 grados, grado 1 comisura levemente ensanchada, grado 2 extremo de la fisura extendida hasta el borde del masetero y grado 3 la fisura se extiende más allá del borde anterior del masetero. Descripción de la edad operatoria, lado de la fisura, evaluación de resultados estéticos según escala de strasser y asociación de estos con otras malformaciones faciales, presencia o no de complicaciones. La cirugía se realizó en todos los casos con técnica de skoog, que consiste en la reparación de la musculatura orbicular y reconstitución de la comisura labial, en la línea de sutura se realiza zetoplastia.

Resultados: Se evaluaron 7 pacientes , 4 mujeres y 3hombres, el lado derecho fue el más afectado (4/7)4 fisuras grado 1, 3 grado 2 y 1 grado 3 y 4/7asociada a malformaciones faciales, la edad operatoria media fue de 16 meses ,el tiempo de seguimiento promedio fue de 14 meses, en todos se realizó reparación muscular con 100% de continencia. El resultado estético según la escala de strasser fue bueno en la mayoría de los pacientes, pero los resultados fueron mediocres en los grados más severos.

Conclusiones: la fisura 7 es una patología rara, asociada frecuentemente a otras malformaciones faciales, la cirugía da buenos resultados, pero en los grados más severos el resultado estético final es menos favorable.

EXPERIENCIA EN EL USO DE CUERO CABELLUDO COMO ZONA DADORA DE INJERTOS.

Dra. Pilar Covarrubias F., Salas N., Correa C., Caprile I., Broussain V.

Hospital Roberto del Río

Introducción: el uso de cuero cabelludo como zona dadora (ZD) de injertos está ampliamente avalado por la literatura, sus ventajas estéticas y funcionales son indiscutibles, sin embargo es poco frecuente su uso. Desde el año 2003 esta se ha ido convirtiendo en nuestra ZD de elección y queremos presentar nuestra experiencia

Objetivos: mostrar nuestros resultados, entregar algunos detalles de la técnica, indicaciones de uso y ventajas de éste

Material y métodos: se revisaron en forma retrospectiva los archivos de pabellón de las operaciones efectuadas, se obtiene base del total de pacientes injertados entre Enero del 2006 y Diciembre 2011 y se revisaron fichas clínicas de aquellos en que su ZD fue el cuero cabelludo

Resultados: se tomaron un total de 320 injertos, se los cuales 139 (43%) fueron de cuero cabelludo, 121 (38%) se tomaron del muslo y 60 (19%) de otras regiones. De los 139 injertos tomados desde el cuero cabelludo se observaron 2 complicaciones (1.4%), se detallan estos pacientes. Se muestra distribución anual en que se observa como se ido incrementando su uso desde un 20% aprox. en el 2006 hasta cifras cercanas al 50% en el 2011

Discusión: si bien la toma de injerto dese el cuero cabelludo resulta más larga y engorrosa, esta se ha convertido en nuestra elección. La literatura y la baja morbilidad observada en esta serie avalan su uso. Se presenta las indicaciones de uso en nuestra Unidad y algunos detalles de la técnica quirúrgica que nos han permitido obtener estos resultados. Proponemos esquema de elección de Z.D, según ubicación de la quemadura. Y mostramos resultados que demuestran sus las claras ventajas estéticas y funcionales de esta técnica.

ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS Y COMPLICACIONES EN OTOPLASTÍA, ENTRE RESIDENTES Y CIRUJANOS STAFF

Acosta S, Giugliano C, Lagos C, Hasbun A, Oliva N

Roberto del Río

Introducción: Las orejas en asa es una de las patologías más frecuentemente vistas en cirugía plástica infantil. La reconstrucción auricular requiere un cuidadoso análisis preoperatorio y las técnicas reconstructivas son descritas como reproducibles y bajo porcentaje de complicaciones. **Objetivos:** Quisimos estudiar si efectivamente es una cirugía fácilmente reproducible y si las complicaciones son mayores en aquellos pacientes operados por residentes vs los operados por los cirujanos expertos. Por otro lado decidimos evaluar si los residentes de las diferentes especialidades, varían en sus capacidades para desarrollarla.

Paciente y Métodos: Se analizaron las fichas clínicas de todos los pacientes operados de orejas en asa en nuestro Hospital entre 2008 y 2010. Se excluyeron pacientes sindrómicos y/o con patología médica subyacente. Se midió tiempo quirúrgico consignado en el registro de pabellón con lo cual se analizó la diferencia de los residentes entre sí y con los cirujanos titulares. Se comparó presencia de complicaciones postoperatorias según el ejecutor de la cirugía (experto vs residente), finalmente se analizó resultado desfavorable. Se aplicó distribución chi cuadrado, intervalo de confianza de 95%.

Resultados: Se revisaron 122 fichas dando un total de 228 orejas operadas, la presencia de complicaciones en ambos grupos es comparable, el tiempo quirúrgico, muestra una diferencia significativa a favor de los expertos. El resultado desfavorable no está determinado por la experiencia del cirujano. Entre los diferentes residentes, no hubo diferencia significativa al analizar la incidencia de complicaciones ni el tiempo operatorio. Tiempo de seguimiento promedio fue 8,3 meses (rango 4 y 10,6 meses).

Conclusión: La incidencia de complicaciones y de resultado desfavorable es igual entre residentes y expertos. El tiempo quirúrgico es significativamente mayor en residentes.

BOLSILLO DE CUERO CABELLUDO EN SINDROME DE KABUKI

Ibáñez C.G., Espinoza R.O., Peña F.J., Pincheira V.D., Varela M.A.

Unidad de Cirugía Pediátrica, Hospital San Camilo, San Felipe. Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Sede San Felipe

Introducción: El síndrome de Kabuki (SK) es una entidad con múltiples malformaciones y discapacidad cognitiva. Se caracteriza por una facie característica con una serie de rasgos dismórficos menores como eversión del párpado inferior, cejas arqueadas y orejas prominentes. La presencia de un bolsillo en cuero cabelludo es una asociación no descrita, que no reviste mayor implicancia en la patología, pero que conlleva una resolución quirúrgica estética.

Descripción del caso: Se reporta el caso de una paciente de 7 años, quien nace con un gran pliegue cutáneo de cuero cabelludo a nivel parietal derecho de 7 cm de profundidad, sin compromiso óseo según estudio imagenológico. La paciente se controlaba en neurología por retardo del desarrollo psicomotor y evaluada por genetista a los 4 años quien hizo el diagnóstico de SK. En contexto del bolsillo cutáneo, se decide plastía para resolución estética. Se reseca bolsillo cutáneo en forma completa, detectando un lipoma enviado a biopsia. Alta en buenas condiciones al día siguiente

Revisión del tema: El SK es un desorden infrecuente, caracterizado por múltiples anomalías, descrito en 1981 por los doctores Niikawa y Kuroki en Japón. Se escogió ese nombre por la similitud con el maquillaje usado en el teatro tradicional japonés Kabuki. En la actualidad se desconoce la causa de este desorden, pero se ha relacionado con mutaciones genéticas a nivel del gen MLL2. El diagnóstico es clínico y existen 5 manifestaciones cardinales: (1) Fascie característica: fisura palpebral elongada con eversión del tercio lateral del párpado inferior, cejas arqueadas, punta de la nariz deprimida, orejas grandes y prominentes; (2) Alteraciones musculoesqueléticas: alteraciones a nivel de la columna vertebral, braquidactilia, clinodactilia. (3) Anomalías dermatoglíficas; (4) Discapacidad cognitiva leve a moderada; (5) Retardo del crecimiento. Se describen otras alteraciones, tales como anomalías craneofaciales, genitourinarias, gastrointestinales, cardiovasculares, neurológicas, oftalmológicas e inmunológicas.

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LAS ATENCIONES EN POLICLÍNICO REALIZADAS POR EL EQUIPO DE QUEMADOS INFANTIL DEL HOSPITAL BASE DE CHILLÁN.

Andrea Poblete M., Sandra Flores T.

Hospital Clínico Herminda Martín

Introducción: El paciente quemado requiere una intervención multidisciplinaria en su etapa de rehabilitación para lograr óptimos resultados, por esto se crea en Agosto de 2009 el equipo de quemados de Cirugía Infantil del HCHM que vele por el adecuado seguimiento biopsicosocial del niño desde el momento de su ingreso al hospital.

Objetivos: Revisar en forma retrospectiva las acciones efectuadas a partir de la formación de una instancia específica para el tratamiento del niño quemado a cargo de cirujanos, asistente social, psicóloga, enfermera, kinesióloga y modista.

Pacientes y métodos: Se revisaron fichas clínicas y registro electrónico de las atenciones realizadas en policlínico por el equipo de quemados entre el 01/12/2010 y el 31/05/2012. **Resultados:** En el periodo analizado encontramos que se han atendido 196 pacientes, de los cuales se encuentran activos 82. En total han sido 916 controles en 74 sesiones, dando un promedio de 4.6 atenciones por paciente, siendo el mínimo de 1 y el máximo de 17 en 2 casos. Durante 2012 se han dado 39 altas definitivas. Además durante el 2011 se realizaron 89 intervenciones psicosociales, 11 contactos con la red, 6 seguimientos de caso, 4 intervenciones en crisis y se intervino en 1 proceso judicial.

Discusión/Conclusión: El tratamiento del paciente quemado infantil supera las capacidades del médico como ente aislado, ya que debe ser manejado como un individuo en su globalidad, integrando además a la familia, lo que se logra en un manejo multidisciplinario. Con esto se ha obtenido muy buena adherencia al seguimiento al entregar atención profesional conjunta que disminuye los desplazamientos al hospital y con un sistema de acceso específico oportuno. Nada de esto sería posible sin el apoyo del hospital que provee los profesionales, la infraestructura y la tela para la confección de las órtesis elasticadas que se requieren.

ANÁLISIS DEL MANEJO DE QUEMADURAS ELÉCTRICAS DE BAJO VOLTAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO.

Ángela Ojeda, Broussain V., Covarrubias P., Caprile I., Correa C.

Hospital Roberto del Río

INTRODUCCION: las quemaduras eléctricas en niños constituyen una consulta habitual en los servicios de urgencia y se ha descrito que pueden tener complicaciones diversas, incluyendo cardiovasculares severas. De aquí la importancia de una evaluación adecuada, pero no existe consenso en el manejo inicial de estos pacientes.

OBJETIVO: Análisis de manejo actual en el servicio de urgencia, revisión de literatura actualizada y proponer algoritmo de manejo.

PACIENTES Y METODOS: Estudio retrospectivo, analizando datos de atención de urgencia y fichas clínicas de los pacientes atendidos por quemaduras eléctricas de bajo voltaje en el Servicio de Urgencia de nuestro Hospital en el año 2011.

RESULTADOS: Se revisaron 604 datos de pacientes atendidos por quemaduras, de los cuales un 5% correspondieron a quemaduras eléctricas de bajo voltaje. Se analiza según distribución por sexo y edad. Se observó una gran diversidad de criterios en la monitorización inicial que va desde sólo un electrocardiograma (ECG) hasta hospitalización en UTI. Gran parte de nuestros pacientes fueron sometidos monitorizaciones cardiacas no invasivas (MCNI) prolongadas, mayor a 4 horas. En todos los pacientes a los que se realizó ECG inicial, este fue normal, y durante la MCNI ningún paciente presentó complicaciones. En la revisión de fichas se determinó que no hubo complicaciones a largo plazo.

DISCUSION: Las complicaciones cardiovasculares son poco frecuente en quemaduras de bajo voltaje. Por la multiplicidad de criterios de manejo observado en nuestra serie se revisó literatura que recomienda: en lesiones de bajo voltaje, sin grandes lesiones cutáneas ni compromiso de conciencia, sólo se realice evaluación inicial con ECG, sin necesidad de monitorización posterior.

CONCLUSIÓN: El manejo inicial de estos pacientes no se encuentra estandarizado, lo que determina un mal uso de los recursos. Se sugiere algoritmo de manejo de pacientes con quemaduras eléctricas de bajo voltaje, considerando las recomendaciones de la literatura actual.

VALVAS DE URETRA ANTERIOR. VIDEO Y REVISIÓN DE LITERATURA.

Dr. Humberto Navarrete, Dra. Urbina G, Dr. Correa R, Dr. Rodríguez J.

Hospital Luis Calvo Mackenna

Introducción: Las valvas de uretra anterior son una rara entidad que genera obstrucción del sistema urinario bajo, con una incidencia de 1 en 8000 recién nacidos. La presencia de las valvas de uretra anterior se asocia a otras alteraciones urinarias, como los megaquistes y divertículos vesicales, ambos pueden ser sintomáticos. La presentación habitual es en menores de 2 años, asociado a infección. En niños mayores presenta disuria, retención e incontinencia. El manejo consiste en la resección, con buen pronóstico posterior. Caso Clínico: Paciente varón, de 10 años, en control por disuria. Uretrocistografía mostró divertículo vesical, sin otras alteraciones. Se realiza cistoscopia y se visualiza valvas de uretra anterior, las que se extirpan con electrocoagulación, tras lo que recupera chorro miccional y evoluciona favorablemente tras procedimiento.

Conclusiones: Las valvas de uretra anterior son una patología poco frecuente pero con repercusión clínica y funcional, debido a lo que se debería tener presente en cualquier estudio de disuria e infección urinaria, como un posible diagnóstico diferencial.

UTILIDAD DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN CIRCUNCISIÓN PEDIÁTRICA.

Jorge Tagle A.¹, Nelson Gómez G.¹, Sergio Puebla M.², Gabriela Emhart K.³, Alejandro Schmauck L.⁴.

¹ Cirujano Pediatra Clínica Alemana Puerto Varas.

² Pediatra, Magister Epidemiología Clínica, CIGES-Universidad De La Frontera.

³ Tecnólogo Médico Laboratorio Clínico Clínica Alemana Puerto Varas.

⁴ Pediatra Clínica Alemana Puerto Varas

INTRODUCCIÓN: No existen estudios que determinen la utilidad de profilaxis antibiótica (PA) en circuncisión pediátrica. La decisión del uso de PA la determina el cirujano.

OBJETIVO: Determinar utilidad de PA en circuncisión pediátrica y estudiar factores asociados en la ocurrencia de infección de herida operatoria (IHO).

MATERIAL Y MÉTODO: estudio prospectivo y aleatorio realizado desde Julio 2009 a Abril 2012 en Clínica Alemana Puerto Varas.

DESARROLLO:

Anestesiista maneja planilla excell que determina aleatoriamente el uso de PA (Cefazolina o Clindamicina) sin conocimiento del cirujano.

La circuncisión se realiza por un único equipo de cirujanos con la misma técnica y materiales quirúrgicos y obtención de cultivo corriente de superficie del surco balanoprepucial. Control postoperatorio a los 7 y 30 días. La ocurrencia de infección se determinó por presencia de eritema y edema prepucial, secreción purulenta y necesidad de antibiótico sistémico. Se consigna la ocurrencia de hechos objetivos que puedan asociarse a infección.

RESULTADOS:

Se reclutan 103 pacientes (3 meses -15 años): 49 recibieron PA (48%) y 54 no (52%).

Ambos grupos son comparables en edad (T de Student p=0,236).

El cultivo resultó positivo en el 52% de los casos destacando el desarrollo de Enterococo sp. (24%) y Eschericia coli (10,6%).

Hubo 9 casos de IHO: 5 en el grupo con profilaxis y 4 en el otro. La diferencia no fue estadísticamente significativa (Chi cuadrado p= 0,84).

De los factores asociados, en el grupo sin IHO hubo 1 caso de debut de Diabetes Mellitus y en el grupo con IHO 4 pacientes con hematoma: 1 post anestesia peneana y 3 postrauma. Estas asociaciones no fueron estadísticamente significativas.

CONCLUSIÓN:

En esta etapa del estudio no es posible determinar aún la utilidad de PA en circuncisión; sin embargo los datos permiten validar la metodología utilizada para completar el estudio.

URETEROCELE, DESDE SU PESQUISA ANTENATAL.

GCONCHA GROSSI, J ASTUDILLO, M YAMAMOTO, L CAICEDO, J ESCAFFI, G POSSE
HOSPITAL PADRE HURTADO

INTRODUCCION: La pesquisa del Ureterocele como malformación genitourinaria en forma antenatal es posible y postnatalmente su manejo es controversial.

METODOLOGIA: Se revisa retrospectivamente el manejo clínico-quirúrgico de los ureteroceles de doble sistema, del Servicio de Cirugía Pediátrica en el periodo Mayo 2009 a Junio 2012. La descripción se efectúa según sexo, diagnóstico antenatal, estudio imagenológico, procedimientos quirúrgicos y seguimiento clínico.

RESULTADOS: Se evaluaron 12 pacientes, 7 mujeres, 5 hombres, 83% con diagnóstico antenatal, 9 Ureterocele izquierdo y 3 derecho, en su mayoría ectópicos (10). Aquellos de diagnóstico prenatal (10) tuvieron uroprofilaxis desde nacimiento. Se estudiaron postnatalmente con Ecografía, Uretrocistografía y ^{99m}Tc-DMSA/MAG3. La edad al momento de la cirugía es en promedio 6 meses, con rango de 1 y 33 meses. 5 pacientes con exclusión o función del polo superior menor a 10% manejados con Heminefroureterectomía superior y aspiración del ureterocele. En 4 se efectuó punción del Ureterocele por urosepsis (tres presentaban también exclusión polo superior). Los 2 pacientes con función adecuada de polo superior, uno se efectuó Pielouretero-anastomosis y en otro uretero-uretero anastomosis distal, y conducta expectante en uno por ruptura espontánea del ureterocele. En la serie hasta el momento el manejo con un procedimiento fue en 8 pacientes, 3 con dos procedimientos y 1 expectante. El tiempo de seguimiento clínico e imagenológico es entre 1 y 33 meses, con un promedio de 15 meses. En 5 de ellos la biopsia presenta displasia renal. Complicaciones post cirugía en 3 casos, principalmente urosepsis.

CONCLUSIONES El Ureterocele es una patología congénita compleja, que se puede diagnosticar antenatalmente y su manejo terapéutico debe ser individualizado con estudio imagenológico y evolución clínica en el tiempo.

TUMOR ABDOMINAL DE ORIGEN GINECOLÓGICO (SÍNDROME HERLYN-WERNER-WUNDERLICH) PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Sanhueza Ulloa A., Gutiérrez Lamas P., de la Torre M.

Hospital Sótero del Río

Introducción: La consulta en urgencia de tumor abdominal hipogástrico en una adolescente, plantea diagnósticos de origen ginecológico: embarazo, quistes ováricos, teratomas, presentamos caso clínico que asocia malformación de genitales y renal: útero didelfo, tabique vaginal con hemivagina ciega y riñón displásico.

Caso Clínico: Paciente de 12 años, consulta en Urgencia por dolor hipogástrico de 2 meses de evolución, antecedente de menarquia hace 3 meses. Al examen se palpa masa hipogástrica que alcanza hasta ombligo. Ecotomografía: muestra masa retrovesical comunicada con útero, diagnosticándose hematocolpos y riñón derecho displásico. Intervención: drenaje de hematocolpos de hemivagina ciega y resección de tabique longitudinal que separaba ambas hemivaginas. Se observan 2 cuellos uterinos. En post-operatorio, nueva Ecotomografía identifica útero didelfo, riñón derecho displásico, riñón izquierdo con doble sistema pieloureteral, ambos ovarios con morfología normal.

Revisión del tema: Las malformaciones müllerianas incluyen amplio espectro de anomalías, detectándose en 1 al 5 % de las mujeres. Los genitales internos y tracto urinario inferior derivan de dos estructuras urogenitales pares, en ambos sexos, los conductos mesonéfricos de Wolf y paramesonéfricos de Müller. En la mujer los conductos müllerianos se fusionan formando el canal uterovaginal del cual derivan trompas, útero y dos tercios superiores de la vagina. Luego, los conductos de Müller se unen al seno urogenital formando el tercio inferior de la vagina. La falta de desarrollo o fusión de conductos de Müller producen anomalías uterinas, como el útero didelfo. La relación entre sistemas reproductivos y urinarios durante la embriogénesis explica la coexistencia de malformaciones asociadas. La duplicación útero-vaginal, hemivagina obstruida, agenesia renal ipsilateral, se reconoce como Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich, incidencia estimada en 1:6.000 mujeres.

TRAUMA RENAL VASCULAR EN PEDIATRÍA. MANEJO CONSERVADOR NO INTERVENCIONISTA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Muñoz O, Lagos J, Martínez A, Retamal M, Campos J, Ramírez R

Hospital Roberto del Río

Introducción: El trauma de la arteria renal representa una rara complicación después de un trauma abdominal cerrando en niños (0.08%). Las lesiones del pedículo renal pueden resultar en transección completa o en lesiones menores como laceraciones de la íntima

Materiales y métodos: Reportamos un caso de un trauma renal vascular en un niño de 8 años quien sufrió politraumatismo secundario a accidente de tránsito en calidad de pasajero. Presento trauma de tórax, trauma esplénico y fractura de antebrazo como lesiones asociadas. Requiere manejo específico y hospitalización en unidad de cuidados intensivos. En estudio imagenológico de ingreso (TC) se demuestra ausencia de perfusión renal izquierda

Resultados: Se manejó de forma conservadora con resolución completa, resultando en recuperación exitosa de la función renal posterior a trauma cerrado. Después de un seguimiento a corto plazo se demuestra función renal simétrica

Conclusiones: De nuestro conocimiento este es el primer caso pediátrico con oclusión de la arteria renal postraumática manejada exitosamente con conducta conservadora. En base a este reporte de caso, creemos que el manejo conservador no intervencionista puede ser la primera opción después de la estabilización en pacientes que sufren politraumatismo.

TRAUMA RENAL PEDIÁTRICO EN RIÑÓN PATOLÓGICO

Muñoz O, Campos J, Ramírez R*. Retamal M***

Hospital Roberto del Río

Introducción/Objetivo: La asociación entre trauma renal y riñón patológico en la edad pediátrica fluctúa entre un 15 a 36%. Presentamos 8 casos tratados en el Hospital Roberto del Río y Clínica Dávila en los últimos 6 años

Materiales y métodos: Se revisaron del total de pacientes con diagnóstico de trauma renal cerrado, que requirieron hospitalización, aquellos pacientes con traumas en riñones patológicos en un periodo de 6 años, analizamos sus características de presentación, estudio por imágenes, evolución y complicaciones

Resultados: 8 casos de trauma renal en riñón patológico fueron evaluados. El rango etario fue de 3 a 12 años, todos manejados inicialmente con enfoque conservador, todos excepto uno, no se conocía diagnóstico previo. Se encontró 5 pacientes con hidronefrosis; 3 con Estenosis pieloureteral, uno con mega uréter obstructivo y otro con doble sistema colector e hidronefrosis del sistema superior. Una paciente sufrió trauma renal en riñón trasplantado, el otro presentó ruptura traumática de tumor de Wilms y otro con riñón ectópico pélvico. En todos se estudio con TC abdominopélvico que revelo la disparidad entre la lesión y magnitud del trauma. El mecanismo de lesión fue de baja energía. 3 pacientes requirieron nefrectomía tardía, dos pacientes están en control por hipofunción y otro se perdió seguimiento.

Conclusiones: El trauma renal en riñón patológico en la población pediátrica es una asociación no poco frecuente, cifra que varía según la literatura entre un 15 a 36% de las lesiones severas y en nuestra serie un 26%. Debe sospecharse en casos en que exista disparidad entre el mecanismo lesional y la magnitud del trauma, ej.: golpe directo o caída de baja energía, sin otras lesiones traumáticas. El tratamiento conservador se impone y en nuestra serie a pesar de esta conducta hemos tenido 3 nefrectomías y dos con franco deterioro renal por su enfermedad subyacente.

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DEL REFLUJO VESICoureTERAL EN NIÑOS. ANÁLISIS DE DOS TÉCNICAS ALTERNATIVAS.

Báez julio, Báez JJ, Mesples G, Ruiz Juri I, Suarez C.

Hospital Infantil Municipal. Hospital Pediátrico del Niño Jesús.

Objetivo: junto con la cirugía convencional a cielo abierto y las técnicas endoscópicas ,la corrección laparoscópica del reflujo vesicoureteral comienza a resultar una excelente alternativa terapéutica. evaluamos nuestra experiencia inicial en la corrección laparoscópica del reflujo vesicoureteral comparando resultados entre el reimplante extra vesical de Lich gregoire y el abordaje intravesical según Cohen.

Material y métodos: entre 2007 y 2011 realizamos un total de 15 procedimientos laparoscópicos para el tratamiento del reflujo vesicoureteral con 8 pacientes con reimplante según Cohen por neumovesicoscopia (grupo 1)y los 7 restantes por vía extra vesical según técnica de Lich (grupo 2).Los datos demográficos comparados fueron edad (60 vs 84 meses) sexo(100% femeninos vs 71.4% masculinos)lateralidad (8 unidades refluventes derechas vs 2 izquierdas)Otros factores valorados fueron tiempo quirúrgico ,morbilidad (tiempo de sonda y drenajes) requerimientos de analgesia y estadía hospitalaria. Resultados: se realizaron en total 15 procedimientos con reimplante de 17 unidades refluventes (2 bilaterales para el grupo 1) sin necesidad de conversión. La estadía hospitalaria fue similar en ambos (37 vs 29 hs).El reimplante según Cohen fue asociado a un tiempo quirúrgico considerablemente mayor aun en los casos de ser unilateral(240vs 121.1 min; P005) así como en el tiempo de drenaje vesical(72 vs 24 hs).Hasta el momento solo se controlaron 11 pacientes (6 grupo1 y 5 del 2) con resolución de su patología de base.

Conclusión: numerosas técnicas son actualmente puestas en prácticas para la corrección del reflujo sin existir consenso definitivo sobre la elección de cual seguir más que la experiencia personal, motivados por las ventajas y los inconvenientes específicos. En nuestro reporte ambas técnicas resultaron igualmente efectivas en términos de resolución del reflujo con tiempo significativamente mayor paraneumovesicoscopia y necesidad de un periodo de sonda vesical mas prolongado, siendo la extra vesical de menor dificultad técnica ,mas solo pudiendo realizarse en casos de reflujo unilateral.

TRATAMIENTO ENDOUROLÓGICO DE UROLITIASIS INFANTIL MEDIANTE CIRUGÍA PERCUTÁNEA.

María Teresa López, Benjamín Silva, Carolina Muñoz, Manuel Bernal, Karin Bauer
Hospital Clínica San Borja Arriaran

Caso 1: paciente de 2 años con catéter doble J, colocado a los 11 meses de edad por hidronefrosis izquierda, retenido por 13 meses y calcificado en ambos extremos. Por gran volumen litiasico se planifica cirugía percutánea renal y suprapúbica simultánea, quedando con Stone free en riñón y fragmentos mínimos residuales en vejiga. Alta al 5º día postoperatorio.

Caso 2: Paciente de 14 años, con antecedente de daño cerebral con vejiga neurogénica, litiasis vesical y coraliforme renal derecho con HUN bilateral que ingresa por SUI con pionefrosis. Se realiza primer tiempo de cistolitotomía abierta, con instalación de pigtail logrando drenar pio hidronefrosis. A los tres meses de tratado el cuadro séptico, se realiza cirugía percutánea renal de litiasis coraliforme.

Caso 3: Paciente 5 años con antecedente de Miastenia Gravis a los 2 años. Se pesquisa en SUI gran litiasis vesical, se realiza cirugía percutánea suprapúbica, quedando Stone Free vesical. Se retira sonda de cistotomía al 2do día postoperatorio.

Conclusiones: la cirugía percutánea en decúbito supino permite una solución eficiente, mínimamente invasiva y simultánea de calcificaciones de gran tamaño, de una manera no reportada hasta ahora en Chile en la población pediátrica.

PIELOPLASTIA DESMEMBRADA POR VÍA LAPAROSCÓPICA. DOS ABORDAJES PARA UNA MISMA TÉCNICA. REPORTE INICIAL.

Báez julio, zafe jorge, aznar manuel, rassi Ricardo.

Hospital Infantil Municipal de Córdoba

Objetivos: reportamos 20 casos de corrección laparoscópica de la estenosis pieloureteral mediante dos vías de abordaje Material y métodos: estudio longitudinal observacional prospectivo de 28 pacientes con hidronefrosis grado 4 y compromiso renal moderado a grave, y deterioro de la función renal.

Entre enero de 2005 y agosto de 2010 se realizaron 20 pieloplastías desmembradas laparoscópicas por vía retroperitoneal (grupo 1) y transperitoneal (grupo 2) no se incluyeron 8 pacientes con compresión por vasos polares Los datos demográficos comparados fueron edad, lateralidad, tiempo quirúrgico, requerimientos analgésicos, tiempo de realimentación, estadía hospitalaria y complicaciones intra y postoperatorias.

Resultados: 20 pacientes con edad promedio de $84,11 \pm 56,18$ meses (r: 37-216) para el grupo 1, y $70,29 \pm 35,77$ meses (r: 37-120) en el grupo 2. se utilizó abordaje retroperitoneal en 9 y transperitoneal en 11. El tiempo quirúrgico fue de $152,50 \pm 27,65$ minutos (r: 110-190) para el grupo 1 y $128,57 \pm 18,42$ minutos (r: 95-150) para el 2. Ambos requirieron similar analgesia en el postoperatorio. El tiempo de internación fue de $2,67 \pm 1,12$ días (r: 2-5) para la vía retroperitoneal y $2,86 \pm ,69$ días (r: 2-4) para la trans. la realimentación oral fue $10,89 \pm 3,10$ horas (r: 7-16) para grupo 1 y $11,71 \pm 1,80$ horas (r: 10-14) 2 grupo.

Conclusiones: la vía transperitoneal revela mejor exposición y mayor facilidad técnica y menor tiempo operatorio,; la vía retroperitoneal disminuye el riesgo de lesión de órganos intraabdominales y en el caso de requerir conversión puede realizarse pieloplastías abierta mínimamente invasiva, la ergonomía de trabajo es menor, requiriendo mayor curva de aprendizaje y destreza quirúrgica .

PIELOPLASTIA ABIERTA Y LAPAROSCÓPICA EN LACTANTES MENORES; RESULTADOS COMPARABLES?

Pedro-José López, Loreto Vigneaux, Francisco Reed, Loreto Vigneaux, Francisco Reed, Soledad Celis, Danielle Reyes, Nelly Letelier, Ricardo Zubieta
Hospital Exequiel González Cortés

Objetivos: Clásicamente lactantes menores con obstrucción pieloureteral (OPU) son tratados mediante pieloplastía abierta. Nuestro propósito es analizar si en este grupo de pacientes la pieloplastía laparoscópica tiene similar tasa de éxito y complicaciones que el abordaje abierto. Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo comparativo de dos grupos de pacientes 5 kilos: laparoscópico (grupo 1) y abierto (grupo 2), operados entre 2005 y 2011. Se analizan datos demográficos, resolución de la hidronefrosis (diámetro antero posterior de la pelvis o DAP), complicaciones asociadas a la cirugía, ecografía y MAG3 pre y post quirúrgico.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes. Las características demográficas descritas en tabla 1. Ambos grupos comparables estadísticamente entre sí. La resolución de la hidronefrosis es estadísticamente significativa con ambas cirugías (P 0,0001). La función renal diferencial pre y post-quirúrgico se mantiene en los 2 grupos, con MAG3 no obstructivo post-quirúrgico. En el grupo 1 no hubo complicaciones asociadas a la cirugía, y en el grupo 2 un paciente presentó urinoma. El tiempo quirúrgico en el grupo 1 es mayor que en el grupo sometido a pieloplastía abierta ($p < 0,05$). Tabla 1

Tabla 1

	Grupo 1	Grupo 2
N° pacientes	9	25
Edad (meses)	7 (1-11)	3,7 (1-12)
Lado OPU izquierdo/derecho	6/3	16/9
Peso (kg.)	7,9 (6,3–9,3)	7
DAP pre-cirugía (mm)	32 (17–45)	35,5 (10-73)
DAP post-cirugía (mm)	13,7 (7-24)	13,9 (3–31)
MAG3 pre-cirugía	38%	36,9%
MAG3 post-cirugía	39%	37,8%
Tiempo quirúrgico (min)	153 (90-210)	95 (60-170)

Conclusión: Dada nuestra experiencia, podemos decir que ambas técnicas para pieloplastia son efectivas y seguras resolviendo OPU en lactantes menores. No obstante, el tiempo quirúrgico es significativamente mayor en las pieloplastías laparoscópicas, situación a tener en cuenta al momento de ofrecer cada técnica a los padres.

MEGAPREPUCIO CONGÉNITO. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Campos J, Acuña I, Ramírez R, Muñoz O, Retamal M, Catoia B, Moran N, Olivares F.

CLINICA DAVILA- HOSPITAL ROBERTO DELRIO

Introducción: El megaprepucio es una patología de reciente descripción clínica, caracterizada por fimosis, abombamiento severo del prepucio y acumulación de orina, debido a un crecimiento progresivo y exagerado de la mucosa prepucial interna

Objetivo: Presentar nuestra casuística de los pacientes operados entre 2009 y 2012 con técnica de Cuckwo haciendo mención especial a la técnica, resultados estéticos y complicaciones

Material y método: Se revisan los registros clínicos de 24 pacientes operados con dicha técnica y los resultados estéticos a mediano y largo plazo Resultados: Entro los años 2009 y 2012 se efectúan 24 plastias según técnica de Cuckow con rango etario entre 5 meses a 3 años, con un tiempo de Hospitalización de 1-5 días. No se registran complicaciones como hematoma, sangrado, urinoma, compromiso vascular de colgajos ni infección local.

Conclusión La técnica descrita es muy reproducible con buenos resultados estéticos, gran satisfacción para los padres y sin complicaciones en nuestra casuística.

MANEJO LAPAROSCÓPICO DE CÁLCULOS VESICALES GIGANTES SECUNDARIOS A ENTEROCISTOPLASTIA.

Báez, Aznar manuel, blanco candelaria, luna pablo.

Hospital Infantil Municipal de Córdoba

Objetivo: los cálculos vesicales son uno de la complicaciones más frecuentes cirugías previas de agrandamiento y plástica del cuello vesical. La incidencia de cálculos en vejigas aumentadas con parche intestinal va del 10 al 50%.

Material y métodos: reportamos cinco pacientes, con antecedente de cirugía previa de agrandamiento vesical con parche colonico y cierre del cuello, 3 con ostoma continente de Mitrofanoff, 4 de ellos con vejiga neurogénica por mielomeningocele y uno con extrofia vesical, sin posibilidad de tratamiento alternativo, excepto la extracción del cálculo por vía abierta.

Resultados: entre marzo de 2007 y enero de 2010, se incluyeron en el estudio cinco paciente con cirugía vesical previa de agrandamiento y plástica del cuello vesical por incontinencia, 4 con vejiga neurogénica condicionada por mielomeningocele y uno con cistectomía previa con bolsa de Kock y ostoma continente por extrofia vesical con diagnostico de litiasis vesical múltiple gigante. Dos pacientes tenían cirugía previa de extracción de calculo por vía abierta con recidiva del cuadro. Se realizo en todos extracción laparoscópica por vía transperitoneal No hubo complicaciones intraoperatorias. El tiempo quirúrgico promedio fue de 74 min(r:50-100) El periodo de internación fue de 48 hs en todos los pacientes con realimentación precoz a las 6 horas. Ninguno presento fuga urinaria por el sitio de sutura ni síntomas digestivos de relevancia. el seguimiento se realizo con ecografía vesical, sin recidiva hasta el momento.

Conclusiones. Se propone en esta experiencia inicial, la realización de cistotomía mínima por vía laparoscópica transperitoneal para la extracción de cálculos urinarios múltiples en paciente con vejiga neurogénica con cirugía previa de agrandamiento vesical y plástica del cuello, sin terapéuticas alternativas excepto la vía abierta. Los resultados muestran la misma como efectiva y segura con mínima morbilidad y corta estadía hospitalaria, sin complicaciones intraoperatorias ni alejadas, que permite la extracción de litos múltiples y de gran tamaño sin necesidad de fragmentar los mismos, con menor riesgo de recidiva

LESIONES QUÍSTICAS TESTICULARES EN EL LACTANTE. REVISIÓN EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN.

María Teresa López, Carolina Muñoz Quezada, Mabel Ortega Jara, Manuel Bernal, Karin Bauer

Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: Las lesiones quísticas testiculares son infrecuentes en la población pediátrica, por lo que es crucial estar en conocimiento de su diagnóstico diferencial para definir el manejo óptimo según el paciente. El objetivo es hacer una revisión de los últimos 7 años de nuestros pacientes intervenidos en la unidad de urología pediátrica del HSBA. Se analizan las fichas clínicas, dándole énfasis en ecografías, abordajes quirúrgicos e informes anatomopatológicos. Resultados: Se analizaron 7 pacientes con 8 unidades testiculares, con una edad promedio de 7.7 meses con una dispersión de 2 a 16 meses. Un 62.5% corresponde a un diagnóstico ecográfico de quiste testicular, un 25% de teratoma y un 12.5% de quiste simple; realizándose quistectomía en un 87.5% y orquiectomía en un solo caso donde se encuentra quiste asociado a atrofia de tejido testicular. El abordaje fue escrotal en un 75% de la cirugías e inguinal en un 25% en que ecográficamente no se descartó diagnóstico de malignidad. El resultado del análisis anatomopatológico resultó en un 50% quiste epidermoide, un 37.5% quiste simple y un 12.5% un quiste de albugínea. Conclusión: Gracias al avance del usuario y equipos ecográficos, el diagnóstico pre quirúrgico de los quistes testiculares llega a ser muy certero, pudiendo definir el abordaje quirúrgico sin riesgos para el paciente, evolución que se ve reflejada en nuestra serie, en que los primeros pacientes fueron catalogados erróneamente como teratomas definiendo un abordaje inguinal, no siendo finalmente necesario. Hoy en día se puede llegar al diagnóstico con un equipo confiable, siendo factible un abordaje escrotal y cirugía conservadora con buenos resultados a largo plazo.

HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA VIRILIZANTE

Jimmy Acevedo, Stephanie Acevedo

Clínica los Olivos Cochabamba Bolivia

La hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) engloba todos los trastornos hereditarios de la esteroidogenesis suprarrenal del cortisol, el déficit del cortisol es un hecho común a todas ellas y produce un aumento de la producción de hormona adrenocorticotropa (acth) y secundariamente una hiperestimulación de la corteza suprarrenal motivando una elevación de los esteroides previos al bloqueo enzimático, en la forma clásica virilizante simple, la afectación enzimática no es tan severa, síntesis de aldosterona y de cortisol no están totalmente suprimidas. lo que produce virilización de los genitales externos, es decir: hipertrofia de clítoris, fusión de labios mayores, ausencia de labios menores y seno urogenital en mujeres. La incidencia de esta patología no es muy frecuente, 1/ 16.000 nacidos vivos, pero la repercusión psicosocial, es lo que marca la vida de estos pacientes si el diagnóstico no se realiza de forma precoz y no se toma la conducta adecuada para resolver este problema. En este trabajo exponemos un caso clínico de una niña de 3 años portadora de este síndrome, cariotipo 46 XX, con déficit de la enzima 1- α -hidroxilasa, ecografía ginecológica con presencia de órganos sexuales femeninos, :hipertrofia de clítoris, fusión de labios mayores, ausencia de labios menores y seno urogenital bajo Se realizan los siguientes estudios: contrastados: genitografía, uretrografía, cistografía y vaginografía endoscópicas: estudio del seno urogenital, uretroscopia-cistoscopia, vaginoscopia, para corroborar nuestro diagnóstico clínico. Se efectúa la operación en un solo tiempo quirúrgico, realizando una clitoroplastia, labioplastia, y Vaginoplastia(descenso del seno urogenital en block) según la técnica del Dr. Peña (movilización urogenital total TUM). Nosotros creemos que la vaginoplastia se combina mejor con la clitoroplastia y labioplastia en una sola etapa. Esto permite al cirujano la flexibilidad en el uso de la piel redundante fálica para la reconstrucción

ECTOPIA TESTICULAR CRUZADA. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO PARA SESIONAR DE VIDEOS O CASO CLÍNICO.

Dra. Gloria Urbina, Dr. Rodríguez, Dr. Navarrete, Dr. Correa
Hospital Luis Calvo Mackenna

Introducción: La ectopia testicular cruzada es una rara patología congénita, que consiste en que ambos testes o conductos deferentes están en un mismo lado, habitualmente se presenta asociados a trastornos del descenso testicular (criptorquidea) y además presenta en un 20% de los casos anomalías genitourinarias. Caso Clínico: Paciente de 3 años, con antecedente de hernia uteri inguinalis operado en período de lactante menor, confirmado por biopsia y ausencia de teste contralateral. En esta oportunidad ante duda de existencia de esta gónada se realiza evaluación laparoscópica, constatándose gónada izquierda ectópica intrabdominal derecha. Se desciende con éxito vía laparoscópica gónada de tamaño bastante normal. Discusión: Debido a su escasa frecuencia, es una patología que se diagnostica como hallazgo en el 65% de los casos. Se han descrito alrededor de 70 casos hasta la fecha, todos con evolución favorable.

ECTOPIA TESTICULAR CRUZADA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Nicolás Morán Córdova , Felipe Olivares Abara, Bruno Catoia Fonseca, Monica Contador Mayne-Nicholls, Jose Campos Stowhas

Introducción: La ectopia testicular cruzada (ETC) consiste en una anomalía congénita infrecuente en la cual los dos testes descienden por el mismo canal inguinal o hemiescrotos. Se manifiesta clínicamente en el 40-50% de los casos como un testis no palpable de un lado, con una hernia inguinal y testis palpable contralateral. Su hallazgo es de suma importancia ya que puede aumentar hasta en un 4% la transformación maligna de la gónada. El objetivo de este artículo es presentar un caso de ETC y evaluar su resolución quirúrgica.

Descripción del caso: Paciente de 2 años 7 meses, con diagnóstico de ETC operado (por primera vez, descenso testicular y hernioplastia en un solo lado), es derivado a Clínica Dávila, por persistencia de testis palpables y hernia inguinal derecha. Por vía laparoscópica se encontró conducto deferente y vasos izquierdos que atravesaban línea media y se introducían por el orificio inguinal derecho junto con los vasos y conducto deferente derechos, asociado a hernia inguinal derecha. Se realiza hernioplastia, liberando estructuras provenientes de ambos cordones espermáticos para lograr la separación de los testis y ponerlos cada uno en su hemiescrotos. A los 6 meses de seguimiento, paciente se ha mantenido asintomático y sin complicaciones postquirúrgicas.

Revisión: La ETC se puede clasificar en tres grupos dependiendo de la anomalía asociada, ya sea con hernia inguinal, persistencia de estructuras müllerianas, o con otras malformaciones genitourinarias. Actualmente es de etiología incierta, con varias teorías publicadas sobre todo en el ámbito genético. Su diagnóstico es fundamentalmente intraoperatorio a través de laparoscopia. El objetivo terapéutico es primordialmente funcional, para preservar la fertilidad como la prevención de tumoración maligna. Se describen tres técnicas quirúrgicas para su resolución: orquidopexia transabdominal, orquiectomía y la orquidopexia transeptal, ésta última considerada como la más frecuente y utilizada en nuestro caso clínico con muy buenos resultados.

DUPLICACIÓN PIELOURETERAL MANEJO MEDICO QUIRÚRGICO

Acevedo Jimmy, Acevedo Stephanie

Clínica los Olivos Cochabamba-Bolivia

Definición La duplicación pieloureteral es la malformación congénita más común del sistema urinario, las anomalías asociadas a la duplicación pieloureteral son muy variadas como la obstrucción pieloureteral afectando al sistema inferior, reflujo vesicoureteral, ureterocele en sus diferentes variedades con o sin hidroureteronefrosis del sistema superior, duplicación ureteral incompleta en Y, etc. Plantea un ejercicio clínico interesante desde el punto de vista diagnóstico y varias opciones terapéuticas como pueden ser: pieloplastia, ureteropieloplastia T-L ureterocalicostomía, ureterocelotomía endoscópica o abierta, resección del ureterocele mas reimplante. Aunque en determinados casos la heminefroureterectomía o la nefrectomía pueden tener la indicación, o simplemente no hacer nada.

Objetivos Describir una serie de pacientes con doble sistema pieloureteral y discutir su presentación clínica, diagnóstico y opciones terapéuticas

Materiales y métodos Se presentan 12 pacientes con diagnóstico de doble sistema pieloureteral, atendidos en la unidad de urología infantil de la clínica los Olivos Cochabamba Bolivia, desde enero 2009 hasta abril 2012 (3 años)

Resultados Se reportan 12 pacientes 8 mujeres y 4 hombres con edades entre 1 mes y 10 años, se llegó al diagnóstico con los siguientes estudios: ecografía renal y vesical, uretrocistografía miccional, gammagrafía renal con DMSA y DTPA, urografía excretora y endoscopia. De los 12 casos 11 fueron manejados quirúrgicamente 1 solo se decidió manejo médico, se efectuaron diversas técnicas quirúrgicas de acuerdo a los hallazgos, entre estas: ureterocelotomía endoscópica, abierta, ureterocalicostomía, heminefroureterectomía superior e inferior, reimplante vesicoureteral doble, en dos niños primero se realizó ureterostomía y posteriormente se reimplanto con vejiga propia

Conclusiones La presencia de doble sistema pieloureteral es una patología frecuente y amerita un enfoque diagnóstico y terapéutico individual, todas las técnicas quirúrgicas están encaminadas a preservar la unidad renal fundamentalmente, pero ocasionalmente se puede requerir extirpar el sistema excluido. Las técnicas quirúrgicas empleadas, ofrecen resultados satisfactorios con bajo porcentaje de complicaciones

DIVERTÍCULO VESICAL GIGANTE CONGENITO. RESECCION LAPAROSCÓPICA.

Báez julio, blanco c. aznar m. mercado luna c.

Hospital Infantil Municipal de Córdova

Objetivo: el divertículo vesical consiste en la herniación de la mucosa de la vejiga a través de las fibras del músculo detrusor con una incidencia del 1.7%. Pueden ser congénitos (solitarios, por una debilidad inherente al músculo detrusor) o adquiridos (múltiples, debido a obstrucción a nivel de uretra o cuello vesical)

Material y métodos: en el periodo comprendido de agosto de 2007 a enero de 2010 se reportan tres pacientes con diagnóstico de divertículo vesical gigante único, congénito y su tratamiento mediante resección del mismo por vía laparoscópica transperitoneal.

Resultados: 3 (tres) pacientes de 3 meses, y 2 y 7 años de edad respectivamente, que realizan consulta el primero por diagnóstico prenatal de uretero-hidronefrosis bilateral, y los dos restantes por episodios recurrentes de infección urinaria. se les realizó ecografía renoureterovesical, ureterocistografía, flujometría más estudio dinámico renal y centellograma durante la evaluación diagnóstica. Ninguno presentó clínica de obstrucción vesical y solo una asociación con reflujo vesicoureteral. En todos ellos se realizó resección laparoscópica transabdominal del divertículo, con ureterostomía baja bilateral en el paciente de menor edad por su megaureter obstructivo primario. El seguimiento fue mediante ecografía renal y ureterocistografía en el paciente de menor edad con evolución satisfactoria de los mismos y remisión de la sintomatología. Conclusión: el manejo del divertículo vesical gigante depende de la sintomatología del paciente, como la infección, obstrucción o reflujo. En ausencia de los mismos a menudo no es necesario su tratamiento. su resección quirúrgica está aconsejada ante episodio de infección recurrente, obstrucción vesical o ureteral o reflujo persistente. La misma puede ser realizada mediante técnica abierta, endoscópica o laparoscópica. En nuestra experiencia inicial esta última demostró ser un método alternativo, eficaz, confiable y seguro, permitiendo también reimplante con un resultado tan eficaz como en la cirugía convencional con un postoperatorio reducido y confortable.

BALANITIS XERÓTICA OBLITERANS: INCIDENCIA Y CONDUCTA.

Focacci Reyes, E. , Rusowsky Kisiliuk, L.; Monsalve González, S.; Garrido Flores, M; Vallejos Atkinson, H.

Hospital Carlos Van Buren. Universidad de Valparaíso.

Introducción: La balanitis xerótica obliterans (BXO) es una dermatosis inflamatoria crónica genital de etiología desconocida, manifestándose principalmente por lesiones cutáneas atróficas blanquecinas. BXO puede originar estenosis meatal y uretral. Además está asociada a mayor incidencia de carcinoma peneano. **Objetivos.** Determinar prevalencia de BXO en población infantil con fimosis sometida a circuncisión. Revisar eficacia de sospecha clínica en pacientes con BXO confirmada histopatológicamente.

Materiales y Métodos. Estudio descriptivo de pacientes circuncidados desde Agosto-2010 hasta Abril-2012. Tabulación de datos y análisis estadístico. Las variables cualitativas se expresan como valores absolutos y porcentajes, siendo analizadas con test de Fisher. Las variables cuantitativas se presentan como mediana y rango intercuartil, cuya asociación se analizó con test U de Mann-Whitney. Se consideró significativo valor de $p < 0,05$.

Resultados. De un total de 114 pacientes, BXO fue diagnosticada en 13 biopsias (11,4%). Seis pacientes tenían sospecha clínica. La edad en los pacientes con BXO fue de 8 años (5-12), mientras que en los pacientes sin BXO fue de 5 años (4-6). El hallazgo que resulta mejor predictor para BXO es la presencia de placa blanquecina. Sin embargo alcanza sólo a 4 (30%) de los pacientes con BXO. El examen clínico para diagnóstico de BXO posee una sensibilidad de 46% y especificidad de 98%. **Discusión/Conclusión.** La prevalencia de BXO en pacientes con fimosis operados de circuncisión varía entre un 10% en los primeros reportes, hasta un 52,6% en series actuales. En nuestro estudio, esta cifra se ubica cercana a los trabajos iniciales. La edad de presentación más tardía y la presencia de placa blanquecina son elementos que apoyan el diagnóstico clínico de BXO. Sostenemos el envío rutinario de biopsias en pacientes circuncidados para determinar BXO, ante el bajo rendimiento de la sospecha clínica, sumado al respaldo médico-legal que confiere la histología.

URGENCIA ESCOLAR CLÍNICA ALEMANA: NUESTRO MODELO DE ATENCIÓN

Guillermo Correia, Ana María Lukács

Clínica Alemana

OBJETIVO: Mostrar los resultados clínicos y de gestión obtenida en 10 años de uso de un Registro Clínico Electrónico (R.C.E.) de creación interna que incorpora elementos de seguridad junto a estándares de calidad que definen nuestro modelo de atención.

METODO: Realizamos un análisis descriptivo retrospectivo del R.C.E desde Abril de 2002 fecha de su puesta en marcha hasta Agosto de 2011

RESULTADOS: Durante este periodo se registran 569.626 convenios que demandaron 741.273 atenciones, con un índice de 1.3 atenciones por convenio. Las lesiones por sexo son un 63% hombres y 37% las mujeres, en relación al grupo etario el 9% está entre los 0 y 5 años, 28% entre los 5 y 10 años el 42% entre los 10 y 15 años y el 21% entre los 15 y 19 años. La causa de consulta es caída a nivel en el 44% de los casos, y golpes en el 22% de los casos. El motivo de la lesión es jugando 38% o practicando algún deporte en el 23%. Las lesiones ocurren en el colegio con un 33% o la casa con un 30%. Las lesiones se ubican en extremidad inferior en un 39% en la inferior en un 38% y en cabeza y cuello en un 17%. Estas 741.273 lesiones demandaron 1914 hospitalizaciones, con un promedio de 23,6 hospitalizaciones por mes 4,1 por 1000. La clasificación de nuestros traumas según Índice de trauma pediátrico ITP es 91% Leves, 5% moderadas, 4% críticas con mortalidad de 0% en moderadas y críticas. El R.C.E mantiene colas de espera de ingreso, colas de espera en rayos, ventana de gestión que demuestra número de consultas por día y hora número de interconsultas requeridas, tiempo completo de atención, y un módulo de escritura rápida con solo uso de ratón, en particular con los diagnósticos

CONCLUSION: EL R.C.E nos permitió; generar protocolos de atención en base a patologías más prevalentes, creación y monitorización de estándares de calidad técnica, implementar un programa de educación en la sala de espera de nuestro servicio y en los establecimientos educacionales basado en las actividades más riesgosas, lo que ha permitido una disminución significativa de la gravedad de las lesiones de nuestros pacientes.

TUMOR SUPRARRENAL COMO CAUSA DE PUBERTAD PRECOZ. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Rodrigo Maluje Juri, M. Alejandra Elton Torrejón, Mónica Quitral Villanueva, Min Bag Kim, Marta Arriaza Zubicueta

Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar

Introducción: La pubertad precoz corresponde a la aparición de caracteres sexuales secundarios antes de los 8 años en las mujeres y antes de los 9 años en los hombres y es producida por un aumento de esteroides sexuales. Se clasifica en Central o Periférica según sea el origen del trastorno hormonal, siendo, en la mayoría de los casos, de causa desconocida.

Se presenta el caso de una niña de 7 años, que consulta por aumento de volumen mamario bilateral, aparición de vello púbico y leve hipertrofia de clítoris, asociados a menstruaciones mensuales regulares (3 episodios). Mediante estudio hormonal se diagnostica una pubertad precoz periférica, realizándose una ecografía, y posteriormente un TAC abdominal, que muestran un tumor suprarrenal izquierdo de 4.5 x 3.5 x 3.7 cm. Se realiza la extirpación por vía laparoscópica, utilizando 4 trócares y extrayendo el tumor en bolsa por uno de ellos, previa ampliación. Evoluciona en excelentes condiciones, dándose de alta al tercer día post operatorio. El resultado final del estudio de la pieza operatoria aún se encuentra pendiente.

Conclusión: El abordaje laparoscópico para la cirugía de los tumores suprarrenales permite una excelente visión de la lesión y de los elementos vasculares vecinos a considerar durante el procedimiento. Impresiona, además, que se logra disminuir el dolor post quirúrgico, mediante incisiones más pequeñas y, del mismo modo, conseguir mayor comodidad para el paciente y su familia.

TRAUMA ABDOMINAL PEDIATRICO

Dr. Alcoholado, Dra. Díaz, Dr. Espinosa, Dra. Rojas

Hospital Roberto del Río

Introducción El trauma abdominal pediátrico constituye un problema de morbi-mortalidad. **Objetivos** Evaluar las características del trauma abdominal en el Hospital Roberto del Río. **Materiales y métodos** De 120 niños traumatizados de Enero 2005 a Diciembre 2010, se revisaron retrospectivamente 40 fichas que presentaban compromiso abdominal.

Resultados De 40 casos, 60% correspondieron a sexo masculino y 40% a femenino. El mecanismo lesional más frecuente correspondió a contusión en 17 (42,5%) y el síntoma principal fue dolor abdominal en 23 (57,5%) Al ingreso 19 (47.5%) pacientes eran poli traumatizados, destacando el compromiso del Sistema Nervioso Central en 11 casos (27.5%). El trauma cerrado se produjo en 35 niños (87,5%) y penetrante en 5 (12,5 %). El diagnóstico fue por imágenes en 25 (62,5%), clínico en 13 (32,5%) y por laparotomía en 2 casos (5%) En 25 niños (62.5%) el manejo fue conservador y en 15 fue quirúrgico (37.5%); destacando reparación intestinal primaria en tres (7.5%). Hubo dos niños fallecidos (5%). Trece pacientes (32,5%) presentaron complicaciones: ocho precoces (20%), destacando el SIRS y seis tardías (15%) destacando la infección de sitio quirúrgico profundo.

Discusión Predominó el mecanismo contuso por trauma abdominal cerrado. El síntoma cardinal en el diagnóstico fue el dolor y al examen físico llama la atención la ausencia de sensibilidad abdominal en 10 niños (25%) El manejo fue conservador en 67.5% y del 32.5% operados (13 pacientes) sólo uno podría haberse manejado con tratamiento médico de acuerdo a los hallazgos. La principal complicación fue SIRS.

Conclusión A un 25% de los niños no se les pesquisó lesión inicial, por lo que debemos basarnos en el mecanismo lesional para sospechar el trauma abdominal y solicitar imágenes precozmente.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN TUMORES DE MEDIASTINO GIGANTE

Vásquez Heidy, Blanco Ángel, González Gloria

Hospital Luis Calvo Mackenna

INTRODUCCION: El tumor de mediastino gigante (TMG) se define como el tumor que ocupa más de un compartimiento mediastínico o dos tercios del hemitórax, se convierten por esta razón en un desafío para el cirujano. **Objetivo:** Describir el enfoque quirúrgico y resultado en TMG. **Método:** Revisión retrospectiva de 7 fichas clínicas de pacientes con TMG, enfocados en el manejo quirúrgico, complicaciones y resultados a largo plazo.

Resultados: Edad 2 a 14 años. Tres Tumores de Células Germinales (TCG), 2 PNET, 1 Sarcoma y 1 Neuroblastoma. El síntoma predominante fue dolor torácico. Las imágenes demostraron masa mediastínica y de hemitórax derecho en 2 pacientes y en 5 a izquierda. AFP o bHCG estaban elevados en TCG. Se realizó biopsia diagnóstica en todos los pacientes y recibieron QMT preoperatoria según protocolo PINDA. Presentaron leve disminución del tamaño tumoral 4 pacientes, 2 TCG sólo normalizaron los marcadores tumorales. El manejo quirúrgico fue en conjunto con cardiocirugía en 3 pacientes. El abordaje fue por esternotomía ampliada con toracotomía lateral en 2 pacientes, esternotomía media en 1, toracotomía postero-lateral ampliada a axila en 3 y doble toracotomía con sólo una incisión de piel en 1. En todos se realizó extirpación macroscópica completa, resecando la masa en block, accediendo al componente torácico primero, y luego al mediastínico con control y disección de los grandes vasos, utilizando circulación extracorpórea en 1 paciente. Complicaciones intraoperatorias: alta pérdida sanguínea en 3 casos. Complicaciones postoperatorias: hemotórax (1) y fístula bronco pleural (1). Sobrevida libre de enfermedad en 3 pacientes, 2 permanecen en quimioterapia y 2 fallecieron por enfermedad (PNET).

Conclusiones: El tratamiento adyuvante preoperatorio determinado por la histología del tumor, y una adecuada planificación quirúrgica multidisciplinaria, son requerimientos fundamentales para lograr un adecuado tratamiento local, lo que determinará según la histología una buena sobrevida a largo plazo.

SOSPECHA DE LESION INTESTINAL EN TRAUMA ABDOMINAL CERRADO

Lagos C, Troncoso B, Recabal X

Hospital Roberto del Río

Introducción. Menos del 1% de los traumatismos abdominales cerrados pediátricos corresponden a lesiones del tracto gastrointestinal(TGI). El diagnóstico puede ser difícil y/o tardío por lo que requiere alto índice de sospecha. Historia, examen físico y scanner (TC) orientan al diagnóstico.

Material y Método: Descripción de 4 casos ingresados al Hospital Padre Hurtado y Félix Bulnes de Santiago entre enero y mayo 2012.

Caso1: niña, 9 años, accidente automovilístico, equimosis hemiabdomen inferior, dolor, resistencia muscular (RM), distensión progresiva (DP), fiebre, taquicardia mantenida(TM). TC: lesión páncreas, líquido libre, hematoma duodenal. Cirugía (12hr): perforaciones intestinales, peritonitis, resección y anastomosis.Caso2: niña, 10 años, accidente automovilístico, equimosis hemiabdomen inferior, dolor, RM, fiebre, TM. TC: líquido libre, neumoperitoneo. Cirugía (24 hrs): perforaciones intestinales, peritonitis, hematoma mesentérico. Resección intestinal, anastomosis. Caso 3: niño, 9 años, trauma contuso, equimosis flanco izquierdo, dolor, RM; DP. TC: neumoperitoneo, líquido libre. Cirugía (12hr): perforación yeyunal, sutura. Caso 4: niño, 12 años, caída en bicicleta, equimosis paraumbilical derecha, dolor, RM, DP, febril. TC: neumoperitoneo, líquido libre. Cirugía (14hr): perforación intestinal, peritonitis. Resección intestinal, ileostomía.

Discusión: El trauma abdominal corresponde al 10% de las hospitalizaciones por trauma y se asocia a politraumatismo en un 30%. El 90% son cerrados y las lesiones del TGI son raras. El intestino delgado el más afectado. Mortalidad alcanza un 20%. La etiología se corresponde con nuestros casos. El manejo es conservador y la exploración quirúrgica está indicada en pacientes inestables y sospecha de perforación de víscera hueca. En nuestros 4 casos se presentaron con equimosis de pared, irritación peritoneal, signos de shock (que pueden orientar a diagnóstico tardío, pero no empeora el pronóstico). El TC mostró líquido libre y neumoperitoneo como lo descrito en la literatura. La resección, anastomosis y/u ostomías son el tratamiento de elección.

SIMPATICOLISIS TORACOSCÓPICA: ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPERHIDROSIS RESISTENTE A TRATAMIENTO MÉDICO.

MARCO VALENZUELA, Benavides F, Ibáñez R, Menchaca Steinfort P.

Hospital Roberto del Río / Hospital San Juan de Dios.

Introducción Hiperhidrosis es la sudoración excesiva focal o generalizada, más allá de la necesaria para mantener la termorregulación. Diagnosticada más frecuentemente entre los 14 - 28 años. Los casos pediátricos presentan mayor asociación familiar y suele ser palmo-plantar. Existen diversos tratamientos tópicos. Los pacientes resistentes a tratamientos médicos pueden requerir resolución quirúrgica. Las técnicas más utilizadas son Simpatectomía y la Simpaticolisis. Esta última, es la más difundida dado a menor sudoración compensatoria y tasa de éxito de 96% en disminución de sudoración palmar; 98% axilar e incluso disminución de sudoración plantar. Las complicaciones quirúrgicas más frecuentes incluyen: sangrado, neumotórax, Síndrome de Horner (1%), atelectasias, enfisema subcutáneo y sudoración compensatoria (35%).

Presentamos el primer caso clínico del Hospital Roberto del Río, de un paciente de 15 años con Hiperhidrosis resistente a tratamiento médico, a quien se le realizó Simpaticolisis Toracoscópica a nivel de T3 y T4 bilateral con resultados exitosos.

Técnica quirúrgica. Paciente en decúbito supino con Fowler 30^a, se realiza Toracoscopía bilateral secuencial. Ablación quirúrgica de la cadena ganglionar simpática, con bisturí Armónico entre 3er y 4to ganglio simpático con control de temperatura palmar. Drenaje de neumotórax con valsalva. No se dejan drenajes.

Resultados y Discusión Paciente con evolución post operatoria favorable, sin complicaciones. Dolor se maneja con AINE habitual; alta al segundo día. Presento sudoración transitoria al segundo día post quirúrgico y por 48 horas. Posteriormente exhibe disminución significativa de la sudoración palmar, axilar y plantar, sin sudoración compensatoria. La Simpaticolisis T3 y T4 es un procedimiento seguro y efectivo para el tratamiento de la Hiperhidrosis focal resistente a tratamiento médico en pediatría.

SECUESTRO PULMONAR EXTRALOBAR: RESECCIÓN TORACOSCÓPICA CON HEM-O-LOCK®

M. Valenzuela, R. Ibáñez, C. Mora

Hospital Roberto del Río

Introducción Las técnicas de cirugía mínimamente invasiva han ganado terreno en cirugía infantil, en la medida que han demostrado ser eficaces y seguras en la resolución de patología pediátrica. En cuanto a la cirugía de resección de malformaciones pulmonares, las principales ventajas del acceso toracoscópico son la menor duración de la hospitalización y de días con tubo pleural. Paciente de sexo femenino, de 2 años y 6 meses de edad, con diagnóstico prenatal de malformación pulmonar. Durante período lactante cursa con múltiples episodios de neumonías y síndrome bronquial obstructivo, de manejo ambulatorio. Se estudia con TC de tórax, sugerente de secuestro pulmonar extralobar basal izquierdo con vaso nutricio tributario de la aorta abdominal. Se decide abordaje toracoscópico electivo. **Descripción de la técnica** Paciente bajo anestesia general y en decúbito lateral derecho, se aborda el tórax con un primer trocar de 5 mm en 5° izquierdo, L.A.M., con neumo a 4mmHg. Al inspeccionar la cavidad se visualiza secuestro extralobar a nivel de seno costo frénico posterior. Se instalan otros dos trocates de 5 mm en 5° EIC LAA y en 6° EIC LAA. Se liberan bandas pleurales con hook y se disecciona el pedículo vascular corto. Se colocan Hem-o-lock® y se extrae pieza por toracotomía mínima en 5° EIC LAM, sin incidentes. Se aseca la cavidad y se instala drenaje pleural. Al segundo día postoperatorio se retira el tubo pleural y se da el alta. Evoluciona en forma favorable, y se encuentra asintomática en los controles quirúrgicos. **Resultados y discusión** La resección de secuestro pulmonar extra lobar es factible y seguro de realizar de manera toracoscópica con esta técnica, con favorable evolución clínica.

RETIRO DE IMPLANTE RETROESTERNAL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE NUSS. ASPECTOS TÉCNICOS Y RESULTADOS EN 117 PACIENTES

Varela Balbontin P., Silva Jeria A., Leopold González E.

Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna

INTRODUCCION: El retiro del "Implante de Nuss" es considerado un procedimiento ambulatorio. Las complicaciones descritas son de baja frecuencia, sin embargo puede estar asociado a morbilidad intra y postoperatoria. Diversas alternativas técnicas han sido propuestas.

OBJETIVOS: Describir técnica quirúrgica para el retiro del implante y reportar la morbilidad asociada al procedimiento en una serie de 117 retiros.

PACIENTES Y METODO: El primer procedimiento de Nuss de nuestra serie fue realizado en enero del 2001. Entre el año 2001 y 2012 se han efectuado 333 procedimientos de Nuss en pacientes portadores de pectus excavatum. 117 implantes han sido removidos (35%), con una media de tres años post implante. La técnica actual en pacientes con 1 estabilizador es la tracción del implante luego de la apertura unilateral a izquierda de la herida operatoria con el paciente en decúbito lateral derecho.

RESULTADOS: De los 117 pacientes, 94 tenían estabilizador unilateral izquierdo y en 23 bilateral. En el grupo de pacientes con un estabilizador (n=94) se logro la extracción con técnica lateral en 80. En 14 fue necesaria la apertura de ambas incisiones por presencia de abundante tejido óseo de neoformación alrededor de la barra. En los pacientes con 2 estabilizadores ambas incisiones fueron necesariamente abiertas en decúbito dorsal. Se registró solamente 1 complicación intraoperatoria que consistió en sangrado de arteria intercostal. Complicaciones postoperatorias fueron: 1 neumotórax, 2 hematomas, 7 seromas y 2 infecciones de herida operatoria. **CONCLUSIONES:** Se reporta una baja morbilidad asociada al retiro de barra en pacientes sometidos primariamente a corrección de pectus excavatum con la técnica de Nuss y se describe la técnica empleada por los autores para el retiro del implante.

**REPARACIÓN VIDEOTORACOSCOPIA DE EVENTRACIÓN DIAFRAGMÁTICA EN NIÑOS:
REPORTE DE 5 CASOS**

Jorge Velarde Gaggero, Rodrigo Maluje Juri, M. Alejandra Elton Torrejón, Rodrigo Campillay Basaure

Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar

Introducción: La eventración diafragmática constituye una patología poco frecuente (1:1400 aprox.), cuyo origen puede ser congénito o adquirido. Puede presentarse como hallazgo en un paciente asintomático o como infecciones respiratorias recurrentes, distress respiratorio y molestias digestivas derivadas de la protrusión de una víscera abdominal al tórax. Existe poca literatura publicada respecto al abordaje videotoracoscópico en esta patología, por lo que se presenta una serie de casos operados con esta técnica.

Pacientes y Métodos: Se realizó una revisión de fichas clínicas de 5 pacientes operados entre Febrero 2010 y Mayo 2012. Todos fueron varones y la edad promedio fue 28 meses (16 – 36 m). Un paciente se presentó como SBO recurrente y 4 como hallazgo radiológico en estudio de cuadro respiratorio agudo. Tres pacientes presentaron defecto al lado derecho y 2 al izquierdo. Además, 3 presentaban patología asociada (criptorquidia y escoliosis). Se realizó plicatura diafragmática videotoracoscópica, utilizando sutura irreabsorbible, sin uso de drenajes.

Resultados: No hubo conversiones ni complicaciones post-quirúrgicas. El tiempo operatorio promedio fue 119 minutos. La estadía post-operatoria varió entre 1 y 3 días. Existió mejoría radiológica y clínica inmediata en todos los pacientes. El seguimiento promedio fue de 8,6 meses, sin recidivas.

Discusión: El abordaje videotoracoscópico para la plicatura diafragmática es una alternativa mínimamente invasiva que ha demostrado ser tener muy buenos resultados hasta ahora, en nuestra serie. Dado el número reducido de pacientes, es necesario nuevos trabajos para recomendar la técnica video asistida sobre la clásica. Sin embargo, basándose en los resultados preliminares obtenidos, parece adecuada para el tratamiento de la eventración diafragmática.

REPARACIÓN TORACOSCÓPICA DE ATRESIA ESOFÁGICA CON Y SIN FISTULA TRAQUEO-ESOFÁGICA.

Guelfand Chaimovich M., García Larraín I., Olivos Pérez M., Santos Marín M.

Hospital Exequiel González cortes

Introducción: La atresia esofágica (AE) corresponde a 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 corregir esta malformación con cirugía mínimamente invasiva con excelentes resultados.

Objetivo: Evaluar el manejo toracoscópico en diferentes tipos de AE. **Metodología:** Revisión retrospectiva de fichas clínicas de 2 centros hospitalarios desde enero 2007 a mayo 2012. 15 neonatos con AE se sometieron a reparación toracoscópica. Peso promedio 2,75 kg (1500 – 5200) y Edad Gestacional media 37 semanas (32 – 38).

Resultados: 12 pacientes con AE tipo III y 3 con tipo I. En 9 pacientes se realizó ligadura y sección de fistula traque-esofágica y anastomosis término terminal de los cabos esofágicos en forma primaria. 2 pacientes fueron sometidos a gastrostomía laparoscópica más ligadura de fistula como tratamiento inicial. Un paciente requirió conversión y se realizó esofagostomía + gastrostomía, y en 3 pacientes con “Long gap” fue necesario realizar gastrostomía con aspiración del esófago proximal, hasta lograr realizar anastomosis esofágica termino terminal. A todos se instaló drenaje pleural y sonda transanastomótica. 7 pacientes requirieron dilataciones esofágicas, 4 desarrollaron estenosis esofágica por reflujo, realizándose una cirugía anti-reflujo (Nissen) con gastrostomía laparoscópica y dilataciones periódicas. Un paciente presentó traqueomalacia y estenosis esofágica, y un paciente presentó alteración de la motilidad esofágica. 3 pacientes fallecieron: en uno se re-permeabilizó la fistula y se limitó esfuerzo terapéutico por anomalías asociadas, los otros 2 por patologías no relacionadas con la cirugía.

Conclusiones: La atresia esofágica reparada con cirugía mínimamente invasiva es una opción terapéutica segura y efectiva con ventajas frente a una toracotomía en términos de exposición, disección y menor morbilidad.

REPARACIÓN DE LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGENITA EN EL RN POR VIDEOTORACOSCOPIA.

Alejandro Zavala, Godoy Constanza, Pattillo Juan Carlos, Navarrete Andrés, Vuletin Fernando, Zúñiga Sergio

Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile

Objetivos: Presentar la experiencia en reparación de hernia diafragmática congénita (HDC) por videotoracoscopia del Hospital Clínico UC entre los años 2010 y 2012. **Introducción:** La videocirugía en la HDC del RN, es un procedimiento en discusión. El riesgo de complicaciones como gatillar o empeorar la hipertensión pulmonar, mayor incidencia de recurrencia y la posibilidad de requerir ECMO en el postoperatorio, limitan su indicación. Sus beneficios, mejor evolución postoperatoria, sin morbilidad secundaria a la laparotomía o toracotomía y cosméticamente superior hacen interesante su indicación. Cuándo y en qué pacientes es factible realizar esperamos acercarnos a contestar con esta revisión.

Materiales y métodos: Se presentan 8 pacientes con reparación neonatal de HDC por videotoracoscopia. Se detallan las características de este grupo de pacientes que llevaron a la elección de esta vía y la comparación con respecto a pacientes tratados por vía abierta. Se realizó hernioplastia con malla en 4.

Resultados: Los pacientes cumplieron con los requisitos de selección planteados por nuestro centro (estable hemodinámico y respiratorio, sin ECMO pre quirúrgico, sin VAFO o Oxido nítrico en el momento de la cirugía, PIP \leq 26, IO \leq 10, apoyo inotrópico máximo con dopamina \leq 15 mcg/kg/min). Del total de 8 casos, ninguno de los pacientes presentó inestabilidad hemodinámica o ventilatoria durante el procedimiento. 1 requirió conversión y 2 pacientes presentaron recidiva. **Conclusiones:** El abordaje por videotoracoscopia en nuestro centro ha demostrado buenos resultados a corto plazo en pacientes seleccionados. Es necesario sin embargo completar el seguimiento de estos pacientes a largo plazo. Sería beneficioso estudiar la experiencia acumulada al respecto a nivel nacional.

QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO: QUISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA

Marco Valenzuela, Ibáñez T.R. Herrera J.M.

Clínica Indisa

Las técnicas de cirugía mínimamente invasiva han ganado terreno en cirugía infantil, en la medida que han demostrado ser eficaces y seguras reproduciendo los conceptos de técnicas abiertas, en la resolución de patologías pediátrica. En patología parasitaria hepática las principales ventajas del abordaje laparoscópico son una menor estadía hospitalaria con franco menor dolor postoperatorio. Paciente sexo femenino, 13 años con diagnóstico de hidatidosis pulmonar y hepática desde Enero 2012. Se realiza quistectomía pulmonar en marzo 2012 y 3 meses después se programa equistectomía laparoscópica de lesión hepática en segmentos VII Y VIII. Descripción de la técnica Bajo anestesia general y en decúbito Fowler, se aborda abdomen trocares de 5 y 10 mm con neumo 15 mmHg. Se visualiza lesión quística en segmentos secuestro VII y VIII. Se libera hígado de bridas a peritoneo parietal. Tratamiento de quiste hepático con solución salina hipertónica. Quistectomía sin incidentes. Se revisa cavidad residual para descartar fistulas biliares. Se instala drenaje. Resultados y discusión Evoluciona en forma favorable. Se realimenta a las 6 horas. Se maneja dolor con AINE habituales. Alta al 3^a día post operatorio. Previo retiro de drenaje Actualmente asintomática en los controles quirúrgicos. La resección de quistes hidatídicos hepáticos es factible y segura de realizar con técnica laparoscópica, logrando total reproducción de la técnica clásica abierta

QUISTE BRONCOGÉNICO DE MEDIASTINO POSTERIOR: RESECCIÓN TORACOSCÓPICA CON HEM-O-LOCK® Y LIGASURE®

MARCO VALENZUELA, Ibáñez, R., Mora, C.

Hospital Roberto del Río

Introducción Las técnicas de cirugía mínimamente invasiva han ganado terreno en cirugía infantil, en la medida que han demostrado ser eficaces y seguras en la resolución de patología pediátrica. En cuanto a la resección de malformaciones pulmonares, las principales ventajas del acceso toracoscópico son la menor duración de la hospitalización y de días con tubo pleural. Paciente de sexo masculino, de 2 años y 9 meses de edad, con masa en mediastino posterior pesquisada incidentalmente mediante ecografía en período neonatal, en estudio de soplo cardíaco. Durante período lactante cursa con infecciones respiratorias de manejo ambulatorio y una hospitalización por bronquiolitis a los 5 meses. Se estudia con TC de tórax, sugerente de quiste neuroentérico o broncogénico. Se decide abordaje toracoscópico electivo.

Descripción de la técnica Paciente en decúbito lateral izquierdo bajo anestesia general. Se aborda el tórax con trocar de 5 mm... en 5° EIC derecho, LAM, neumo a 6 mmHg. Se visualiza quiste en mediastino posterior, que levanta el cayado de la ácigos. Se instalan otros trocates: de 5 mm... en 3° EIC LAA y otro de 3mm en 7° EIC LAM. Se disecciona y secciona la ácigos tras colocar cuatro Hem-o-lock®. Se disecciona el quiste con hook y Ligasure®, separándolo de la pleura y el esófago, hasta liberarlo completamente. Se extrae pieza por el primer port, sin incidentes. Se aseca la cavidad y se instala drenaje pleural, al segundo día postoperatorio se retira el tubo pleural y se da el alta. Evoluciona en forma favorable, y se encuentra asintomático en los controles. La biopsia demostró un quiste broncogénico. **Resultados y discusión** La resección de masas de mediastino por vía toracoscópica, es una técnica factible y segura de realizar en edad pediátrica

PLASTRÓN APENDICULAR. DESCRIPCIÓN DE PRESENTACIÓN Y MANEJO EN EL HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO ENTRE 2001 Y 2011

Nome Farbinger C., Jélvez Echeverría F., Redlich Cortes A., Salas Garrido C. Schwaner Ávila, A.

Servicio Cirugía Pediátrica, Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco, Facultad de Medicina Universidad de la Frontera

Introducción: El plastrón apendiculares una masa formada por intestino y omento, inflamado y adherido, con poca o ninguna colección de pus, como método para aislar un proceso inflamatorio apendicular.

Objetivo: Describir la presentación, manejo y resultados de pacientes con diagnóstico de Plastrón Apendicular en el Hospital Regional Temuco entre 2001-2011.

Pacientes y Métodos: Revisión de 299 pacientes entre el periodo 2001-2011 y analizadas en Stata 11.

Resultados: Observamos un 51,1% de sexo masculino y 48,9% femenino; edad promedio de 8,15 años (DE 4,1). Diagnósticos de urgencia más frecuentes: Plastrón Apendicular (32,9%), Apendicitis aguda (30,2%) y Abdomen Agudo (20,1%). Síntomas más frecuentes: dolor abdominal (99,3%); fiebre (81,9%) y vómitos (51%). Un 57,7% presentó Blumberg (+) y un 27,5% masa palpable. El 42,2% se presentó con leucocitosis y PCR elevada y el 38,2% solo con leucocitosis. El 56,3% no tuvo imágenes y un 40,9% se realizó ECO por radiólogo. El diagnóstico preoperatorio se realizó en 57,0% manejándose con tratamiento médico 89% y solo el 11% requirió cirugías de urgencia. En el manejo médico se utilizó Ampicilina + Metronidazol + Amikacina (73,7%) por un promedio de 8,61 días (DE 3,2). Las complicaciones incluyeron plastrón abscedado y Sd. febril prolongados entre otras. Días promedio de hospitalización 8,8 días (DE 6) En el total de cirugías de urgencia se presentaron un 18,7% de complicaciones inmediatas, siendo las más frecuentes Infección de sitio operatorio y en menor número: colecciones residuales, íleo prolongado y obstrucciones intestinales. Resolución quirúrgica electiva sin complicaciones.

Discusión: El manejo del plastrón apendicular es mayoritariamente médico demostrando los beneficios de este con respecto a la cirugía en el periodo agudo, estas están indicadas en complicaciones derivadas del manejo médico y sus complicaciones postoperatorias son concordantes con otras publicaciones con respecto al tipo y frecuencia de ellas.

Perfil epidemiológico de los defectos de pared abdominal en Hospital Hernán Henríquez Aravena de la IX región, revisión de una década:

Introducción: Gastrosquisis y Onfalocele son los principales defectos de la pared abdominal, existiendo diferencias epidemiológicas entre ambas patologías. **Objetivos:** Describir diferencias epidemiológicas entre los recién nacidos con onfalocele y gastrosquisis tratados en nuestro centro en los últimos 10 años. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo de 42 pacientes con gastrosquisis (GQ) y onfalocele (OF), atendidos en el Hospital H.H.A. entre 2002-2011. **Resultados:** 42 pacientes, de ellos 76% gastrosquisis y 24% onfalocele, el sexo masculino fue de 69% para GQ vs 40,00% OF, diagnóstico prenatal 50% GQ a diferencia del 20% para OF. No hubo diferencia de origen mapuche para ambos grupos (17%/20%). Dentro de las características maternas: edad menor 20 años 64,3% GQ vs 10% OF. Primigestas 79,2 GQ% vs 55,6% OF. Desnutrición materna estuvo presente solo en GQ (4,2%). Características del nacimiento: Prematuridad 18,8% GC vs 20% OF. Pequeño para edad gestacional (EG) 29,03% vs 10,00%. Apgar adecuado (>8) 65,6% GC y 80% OF. Malformaciones asociadas (MA): Gastrosquisis: 40,63%, 21,87% gastrointestinales, 3,13% genitourinarias, 15,62% cardíacas, 3,13% atresia vía biliar. Onfalocele: 70,00%, 30% gastrointestinales, 30% genitourinarias, 50% cardíacas. Asociación con genopatías en gastrosquisis: 6,25% (1 artrogriposis múltiple congénita y 1 trisomía 18), y en onfalocele 40% (3 Sd Beckwith-Wiederman, 1 trisomía 18). 12,5% gastrosquisis fallecen durante hospitalización: 2 shock séptico, 1 necrosis completa intestinal y 1 trisomía 18 con falla hemodinámica. No se reportaron pacientes con onfalocele fallecidos. **Discusión:** Gastrosquisis es más frecuente que Onfalocele. Onfalocele se ve más asociado a prematuridad, malformaciones asociadas y genopatías, lo que se condice con lo publicado en la literatura. Gastrosquisis presenta mayor mortalidad debido a complicaciones

infecciosas. Además se ve mayormente asociada a madres menores a 25 años y primigestas. El factor étnico mapuche presente en nuestra región, no parece ser relevante.

NEUROBLASTOMA MANEJO QUIRURGICO Y RESULTADOS

Dra. Heidy Vásquez, Dra. Gloria González, Dr. Ángel Blanco

Hospital Luis Calvo Mackenna

INTRODUCCION: El Neuroblastoma representa el 7 a 10% de los tumores en pediatría. Tiene un comportamiento que varía desde la regresión espontanea hasta una rápida progresión. El tratamiento varía según clasificación de riesgo.

OBJETIVO: Mostrar el manejo quirúrgico y resultados en los pacientes tratados por Neuroblastoma en el Hospital Luis Calvo Mackenna

METODO: Revisión retrospectiva desde el 2000 hasta la fecha. Se registraron múltiples variables pronosticas incluyendo edad, extensión, factores biológicos y terapia adyuvante. Se registró tipo de cirugía realizada, acceso quirúrgico, porcentaje de resección tumoral y complicaciones.

RESULTADOS: Se analizaron 26 casos: 19 abdominales, 6 torácicos y 1 pélvico. Edad promedio 2 años. Se estudiaron con scanner 88% de los pacientes y resonancia magnética en 12% (tumores paravertebrales), MIBG fue positivo en 42%, cintigrama óseo 19% positivo. N-myc fue negativo en el 92%. Basado en INSS el 19% presento estadio 1, 8% estadio 2, 38% estadio 3, 30% estadio 4, y 8% estadio 4S. El 35% fueron a resección primaria y el 65% post quimioterapia por protocolo PINDA según eterificación de riesgo. Se realizo extirpación total del tumor en un 77%, en 32% se realizo resección mayor al 95%, 2 pacientes requirieron nefrectomía por compromiso tumoral. Complicaciones intraoperatorias en el 19%, lesión vascular (3), sangrado (1), conversión a laparotomía (1). Postoperatorias: insuficiencia suprarrenal (1). Un paciente fallece por insuficiencia respiratoria aguda en el posoperatorio inmediato. Sobrevida 92% a 1 año, 73% a 5 años. **CONCLUSIONES:** El manejo multidisciplinario según eterificación de riesgo ha permitido una sobrevida similar a la publicada en la literatura. Mantenemos un adecuado control local con baja incidencia de nefrectomía. Las complicaciones postoperatorias aunque bajas en incidencia son potencialmente letales por lo que sugerimos que todo paciente intervenido quirúrgicamente por Neuroblastoma se traslade a una unidad de cuidado intensivo para su postoperatorio.

MAR ANO IMPERFORADO CON FISTULA RECTO-VESICAL. DESCENSO DE COLON ROBÓTICO

Valenzuela, M.A., Ibáñez, T.R., Herrera J.M., Ramírez R. Martínez, A.
Hospital Roberto del Río

Introducción. Las técnicas de cirugía mínimamente invasiva (MIS) han ganado terreno en cirugía infantil, en la medida que han demostrado ser eficaces y seguras en la resolución de patología pediátrica. En cuanto a la cirugía de colon y en particular en malformaciones Ano Rectales con fistulas altas, las principales ventajas de las técnicas MIS – Robóticas son el mejor abordaje a pequeñas cavidades con mayor aumento y visión 3D, y una mejor precisión para el manejo de las fistulas y visualización del colon descendido, sumado a los beneficios clásicos del MIS.

Material y Método Paciente sexo masculino, RN de 37sem, AEG, con diagnóstico antenatal de malformación ano rectal (ano imperforado con fistula recto vesical (FRV)), Hidronefrosis bilateral, Hipospadias mediopeniana. Se Realiza colostomía a doble cabo el primer día de vida. Se estudio con Fistulografía, donde no se demuestra FRV. Se decide, abordaje Robótico. Para descenso de colon y manejo de la fistula. Resultados y discusión La resolución de la malformación ano rectal alta con fistula es factible y segura de realizar con técnica Robótica.

Manejo Perinatal de Gastrosquisis: Protocolo de Manejo con Parto Pretérmino:

Gastrosquisis es una malformación congénita de pared abdominal poco frecuente. Su incidencia ha aumentado a nivel mundial en los últimos años. Diversas series clínicas han demostrado el valor del parto prematuro en el manejo de gastrosquisis, en cuanto reduce la morbilidad perinatal. Los objetivos de este trabajo son describir el protocolo actual de manejo perinatal de gastrosquisis en nuestro hospital y la comparación de resultados con respecto a serie previa. Desde el 2005 se utiliza un protocolo multidisciplinario para el manejo perinatal de pacientes con gastrosquisis. Criterios de Inclusión : embarazos con diagnóstico prenatal de gastrosquisis sin otras patologías que determinen parto de pretérmino. Se realizó cesárea electiva entre 34-36 semanas según criterios ecográficos (asas con diámetro mayor a 18 mm, pared intestinal mayor de 2mm) para realizar cierre primario inmediato. En los últimos 12 años se trataron 56 pacientes con gastrosquisis. Desde el año 2005 se inicio la puesta en práctica del manejo con parto prematuro electivo. Se evaluó edad gestacional, infecciones y malformaciones asociadas, días de nutrición parenteral y ventilación mecánica, cierre primario y morbimortalidad. Desde el año 2005 se observa una tendencia a mayor éxito en cierre primario y disminución de los días de hospitalización, sin incremento de comorbilidad asociada a prematurez. Discusión: El manejo perinatal de gastrosquisis es aún controversial. En los últimos años distintas series alrededor del mundo sugieren que el manejo con cesárea pretérmino electiva seria beneficioso en cuanto a la reducción de la morbilidad perinatal. El parto prematuro previene la formación de peel intestinal y facilita el cierre primario, reduciendo el daño en la pared intestinal, disminuyendo el tiempo para lograr movilidad intestinal normal. Diversos estudios demuestran que desde la 20ª semana de gestación el intestino presenta crecimiento acelerado, por lo que a mayor edad gestacional es más difícil lograr un cierre primario.

MANEJO FÍSTULAS BRONCO PLEURALES POR MIS: QUISTOSCOPIA TORACOSCOPIA.

Valenzuela Aguilera M, Ibáñez González T, Menchaca Steinfort P. Cuminao M., Ramos C.
Hospital Roberto del Río

Introducción: La hidatidosis, zoonosis de regiones agrícolas, presenta una incidencia de 2,2/100000 habitantes. De localización hepática (50-70%) pulmonar (40%) y otras menos frecuentes.

Se presenta caso clínico de paciente de 11 años que consulta por aumento de volumen en hemitórax derecho, tos seca sin fiebre. Radiografía de tórax muestra lesión quística pulmonar derecha con compromiso de 2/3 de la cavidad torácica. Se completa estudio con TC tórax, y serología, diagnosticándose quiste hidatídico pulmonar derecho de 15 x 13 x 14 cm. Se inicia tratamiento con Albendazol. Se realiza toracotomía, quistectomía y cierre de fístulas bronco pleurales. Paciente evoluciona con persistencia de fístulas BP sin respuesta a manejo médico. Se decide abordaje Toracoscópico Técnica Quirúrgica Quistoscopia por toracoport por sitio de drenaje pleural. Con prueba neumática se evidencian 2 fístulas bronco pleurales de mediano calibre y 2 de pequeño calibre. Instalación 2ª port de 3 mm en 3ª EIC-LMAA. Cierre de fístulas de mediano calibre con punto en "U" de Ethibond. Fístulas de menor calibre con tejido circundante friable y de difícil manejo por lo que se decide cobertura con Surgicel y punto de fijación de Monocryl a la adventicia. Se inunda cavidad con SF sin evidenciar fístulas bronco pleurales. Pleurodesis con Povidona Yodada, retiro y cierre de toracoport e instalación de drenaje pleural.

Discusión La cirugía mínimamente invasiva (MIS) presenta múltiples ventajas con respecto a las técnicas convencionales. No solo por la estética sino además por el menor tiempo de recuperación, dolor postoperatorio y daño a los tejidos. Se propone esta técnica como alternativa a la segmentectomía o lobectomía pulmonar frente al manejo de fístulas bronco pleurales

MANEJO ENDOSCÓPICO DE DIAFRAGMA DUODENAL: REPORTE DE 7 CASOS.

Rodrigo Casals Aguirre, Francisco Javier Saitúa Dorén

Hospital Luis Calvo Mackenna

Introducción: El diafragma duodenal (DD) es una patología congénita que causa obstrucción parcial endoluminal. La presentación clásica es vómitos postprandiales, a menudo bilioso, y distensión abdominal alta. El manejo estándar ha sido por vía abierta o laparoscópica. La experiencia del tratamiento endoscópico en pacientes pediátricos es limitada. Presentamos nuestra experiencia en 7 niños con DD tratados por vía endoscópica.

Pacientes y Método: se realizó revisión retrospectiva reuniendo 7 niños con diagnóstico de DD en un período de 5 años desde el marzo 2007 a mayo 2012, tratados por vía endoscópica. **Resultados:** edad promedio de intervención fue de 6,8 años (rango: 10 días-14 años 8 meses). Un 86% (n=6) presentaba trisomía cromosoma 21. Tiempo operatorio promedio 81 minutos (rango: 40-160 min). 6 de los casos se fueron de alta dentro de las primeras 24 horas asintomáticos. Estos mismos 6 permanecieron asintomáticos en controles posteriores al alta con un seguimiento entre 2 y 15 meses. Un caso persistió con vómitos y mala tolerancia oral en el post operatorio inmediato y tuvo que ser re intervenida al mes siguiente por vía laparoscópica y posteriormente por vía abierta, por persistencia de síntomas y malrotación intestinal.

Discusión: El procedimiento endoscópico reduce el tiempo quirúrgico, el ayuno postoperatorio y la duración de la estancia hospitalaria. Estos resultados demuestran la seguridad y la eficacia de la intervención endoscópica de los DD. El tratamiento endoscópico es una opción válida mínimamente invasiva para el manejo de DD. Recomendamos realizar estudio prospectivo sobre esta alternativa de tratamiento.

MANEJO DE LA GASTROSQUISIS EN HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE LA IX REGIÓN, EXPERIENCIA DE UNA DÉCADA

Nome Farbinger C M , Suárez Medrano D A., Moya Ochoa C., Schwaner Ávila A., Pincheira Figueroa L

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco

Introducción: Las estrategias quirúrgicas para tratamiento de gastrosquisis (Gq) han evolucionado, pero con evidencia limitada y sin consenso actual respecto a cual es mejor. Objetivos: Comparar los resultados de las distintas técnicas de tratamiento de Gq en nuestro centro de salud en los últimos 10 años. Material y método: Estudio descriptivo de 32 pacientes con Gq, atendidos en nuestro centro durante 2002-2011. Resultados: 32 pacientes con Gq. tratados quirúrgicamente: 63 % (20 pacientes) con Silo, 22% (7) Cierre primario (CP), 13% (4) Bolsa de Bogotá (BB),3% (1) Símil-EXIT. Complicaciones infecciosas 50% Silo, 28,57% CP, 25,00% BB,0% Símil-EXIT. Complicaciones herida operatoria: Silo: 10% infección y 5% dehiscencia. Complicaciones broncopulmonares: Silo 30% (atelectasia, bronconeumonía) Complicaciones gastrointestinales: 15% en Silo (íleo postquirúrgico y NEC), 25% BB, 100% Símil-EXIT (íleo prolongado). Promedio días UCI: 14 con Silo, 10,8 CP, 8 BB,9 Símil-EXIT. Promedio días ventilador mecánico (VM): 8,25 con Silo, 3,57 CP, 4,25 BB, 3 Símil-EXIT. Promedio días Nutrición parenteral: 16,1 con Silo, 16,7 CP, 10,3 BB,28 Símil-EXIT. Se cierra la pared antes de 5 días en un 80% con Silo y todos con BB. Complicaciones postquirúrgicas: Con Silo: 10% (hemoperitoneo y obstrucción intestinal). Con BB, sin complicaciones. Con CP 14,3% (obstrucción intestinal).El caso de símil EXIT, presentó una hernia incisional. Discusión: No hay evidencia clara que apoye o rechace una técnica quirúrgica por sobre otra. Pero según lo observado en nuestro centro, el Silo presenta mayor cantidad de complicaciones postquirúrgicas precoces y tardías, requiriendo mayor cantidad de días en UCI y en VM, aunque esto también pudiera deberse a la magnitud del defecto, más que a la propia técnica. El Símil-EXIT, requiere protocolizar y tener un número mayor de pacientes, para sacar conclusiones de lo provechoso de esta técnica.

HERNIOPLASTÍA INGUINAL LAPAROSCÓPICA TRANSUMBILICAL POR COAGULACIÓN MONOPOLAR EN NIÑAS (BURNIA): Presentación de 15 casos

Eduardo Leopold

Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Hospital Clínico U. de Chile, Clínica Bicentenario, Santiago, Chile

Introducción: Se realiza BURNIA de manera selectiva en 10 niñas (3 años 6 meses a 8 años con moda de 4); de ellas hay 5 con hernia inguinal bilateral, completando 15 hernioplastías efectivas. De las 10 pacientes, en 6 se presentaba además el diagnóstico de hernia umbilical y en 3 de las 10, el diagnóstico de hernia inguinal indirecta contralateral fue realizado en el intraoperatorio con la peritoneoscopia diagnóstica.

Técnica quirúrgica: Laparotomía transumbilical, neumoperitoneo a 10 mmHg por sonda nelaton N°10 introducida por orificio herniario en casos en que existía, o luego de realizar Hasson, en casos sin hernia umbilical. Se realizó peritoneoscopia diagnóstica de ambos anillos inguinales profundos y luego se precedió a realizar BURNIA con coagulación monopolar de 30 en función spray con pinza Maryland de 3 mm en casos menores de 20 Kg (7 pacientes) y 5 mm en mayores e 20 Kg(3 pacientes), lográndose en todos los casos un cierre del anillo inguinal profundo con el peritoneo coagulado invertido. Se extrae neumoperitoneo y se realiza hernioplastía umbilical.

Resultados: El tiempo quirúrgico promedio fue de 15 minutos en los casos de hernia inguinal indirecta unilateral, y de 23 minutos en los caso bilaterales. El dolor post operatorio promedio medido con escala de CHEOPS (mínimo 4, máximo 13) fue de 5. Todas las pacientes presentaron estadía intrahospitalaria postoperatoria menor a 6 horas y no hubo complicaciones postoperatorias ni recidivas hasta la fecha en sus controles.

Conclusiones y discusión: El grado de satisfacción de los padres respecto de la cirugía y el resultado estético fue óptimo en todos los casos. Dada la diferencia morfológica del conducto inguinal entre lactantes y edades superiores, no se realizaron cirugías en menores de 3 años. La técnica parece ser una buena alternativa para el tratamiento de hernias inguinales indirectas en niñas mayores de 3 años.

GASTROSTOMIA LAPAROSCOPICA UNA TECNICA DE FIJACION SIMPLE. Soto Patricio, Acuña Renato, Arancibia Hilda, Coloma Rodrigo, Enriquez Juan.

Introducción y objetivo: Las diferentes técnicas de gastrostomía (GTT) incluyen abordajes abiertos, endoscópicos y laparoscópicos en la actualidad. La técnica habitual laparoscópica puede ser engorrosa, requerir de insumos extras y prolongar los tiempos quirúrgicos. Deseamos compartir una simplificada técnica para la GTT laparoscópica.

Método: Se seleccionaron 13 pacientes de Hospital Guillermo Grant Benavente y 2 pacientes de Centros privados, en el periodo de un año, con indicación de GTT. Se diseñó base de datos donde se consigna: técnica complicaciones y seguimiento. Los controles fueron realizados por el mismo equipo quirúrgico. **Técnica quirúrgica:** Acceso umbilical de 5mm y en zona de ubicación de GTT otro de 5 mm, presión de 10 mmHg, se pexia estomago con dos puntos a plano subdermico y se deja instalada sonda silicona.

Resultados: se evaluaron 15 pacientes, edades entre 4 meses y 16 años. 12 son por enfermedad de deglución con reflujo patológico, se realizó GTT y Nissen sincrónico, otros 3 solo GTT. Tiempo quirúrgico fluctuó entre 12 y 16 minutos en las GTT puras y 8 a 14 minutos en las que se realizó además técnica de Nissen. Ninguna GTT presentó desprendimientos, una se observó filtración con desbocamiento de la GTT. Todos los pacientes se hicieron vía laparoscópica. Ningún paciente presentó granulomas.

Discusión: la técnica propuesta es simple, rápida, segura y reproducible con buenos resultados. No se requieren más insumos que dos trocares metálicos de 5 mm, óptica de 0° sonda de Silicona Folley, una sutura monofilamento irreabsorbible 4/0, 3/0 o 2/0 para cierre umbilical. Esta Técnica la desarrollamos en conjunto con Dr Acuña en el hospital san Juan de Dios de Santiago desde el año 2004.

GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA EN PACIENTES CON CIRUGÍAS ABDOMINALES PREVIAS. ES SEGURA?

Vásquez Heidy, Saitúa Francisco, Jeria Pablo

Hospital Luis Calvo Mackenna

Introducción. La gastrostomía está indicada en pacientes que requieren asistencia nutricional por sonda a largo plazo, históricamente la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) estaba contraindicada en pacientes con cirugías previas, aun ahora algunos autores sugieren no realizarla por una alta frecuencia de complicaciones derivadas del procedimiento

Objetivo. Revisar nuestra experiencia con PEG en pacientes con cirugías previas abdominales y derivación ventrículo peritoneal (DVP), comparados con pacientes sin estas condiciones

Método. Se revisaron 70 fichas de pacientes con procedimiento de PEG, 1 paciente con gastrosquisis se sacó del estudio por que no se realizó PEG por falta de transluminación. Se incluyeron 14 pacientes en grupo de estudio (GE): 3 laparotomías previas, 10 con DVP, 1 con catéter de peritoneo diálisis (CPD); y 55 en grupo control (GC). Se tabularon y compararon las complicaciones de todas las gastrostomías.

Resultados. Se instalaron 69 gastrostomías, 14 en GE y 55 en GC. No existieron complicaciones mayores en los pacientes del GE o GC. Las complicaciones incluyen dos granulomas periestomales (2GE, 6GC) tratados con nitrato de plata local, con resolución satisfactoria. Celulitis del ostoma (1GE, 4GC) tratadas con antibióticos endovenosos; Síndrome de buried bumper 2 en GC, en las cuales se retiró la sonda de gastrostomía para permitir el cierre parcial de la ostomía con posterior reinstalación de la sonda y una hemorragia digestiva alta secundaria a decúbito de la punta del botón en 1 paciente del GC. Han fallecido 4 pacientes del GC debido a su enfermedad de base

Conclusiones: Concluimos que realizar una PEG en pacientes con cirugías previas o DVP es segura si se realiza con los cuidados necesarios de la técnica, siendo la falla en la transluminación de la pared del estomago la contraindicación más importante

EXPERIENCIA EN GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (PEG)

González Jeria Pablo, Saitua Doren Francisco, Vásquez Rodríguez , Casals Aguirre Rodrigo

Hospital Pediátrico Luis Calvo Mackenna de Santiago Chile

INTRODUCCION: La gastrostomía es un procedimiento de reconocida utilidad para alimentación enteral prolongada, siendo en pediatría una herramienta fundamental y de frecuente utilización para la nutrición de pacientes complejos con patología crónica

OBJETIVOS: Evaluar complejidad y complicaciones de la Gastrostomía Endoscópica Percutánea realizada en pacientes del Hospital Luis Calvo Mackenna

MATERIALES Y METODOS: Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron fichas clínicas de pacientes con PEG desde Septiembre de 2007 a Mayo de 2012 **RESULTADOS:** De 96 gastrostomías realizadas, todas se efectuaron bajo anestesia general y con técnica tipo "Pull". 51 fueron en hombres. La edad varió entre 2 meses a 16 años y el peso osciló entre 3.100 grs. y 48 Kg. En el 70% la indicación de PEG fue trastorno de deglución por daño neurológico. El 20% de los pacientes presentaban cicatrices abdominales por cirugías previas. De estos, 10 tenían válvula derivativa ventriculo-peritoneal. En 2 casos había deformidad evidente por escoliosis. En todos los pacientes no existió mayor dificultad y el tiempo utilizado fue de 15 a 25 minutos. En 1 lactante con gastrosquisis operada no se pudo realizar PEG por no obtener transiluminación. No hubo complicaciones mayores en la cirugía ni tampoco en anestesia y las complicaciones correspondieron a 4 casos con desplazamiento de sonda que requirieron cambio de ésta, 1 paciente con síndrome pilórico con reinstalación endoscópica de la sonda, 8 casos de dermatitis periestomía o granuloma tratados con terapia local y 4 pacientes con celulitis periestomía que requirió tratamiento antibiótico sistémico

DISCUSION: Creemos que la PEG es el método de elección para gastrostomías dado su factibilidad de realizar aún en pacientes complejos y su baja tasa de complicaciones importantes, ofreciendo una técnica segura, corta y poco invasiva. Lo descrito es similar a lo registrado en la literatura.

ESPECTRO CLÍNICO Y ENDOSCÓPICO DE ESOFAGITIS INFECCIOSAS EN PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS.

Muñoz MP, Saitúa F, Hunter B, Henríquez A, Gallardo A

Hospital Luis Calvo Mackenna

Introducción: El HLCM es centro de alta complejidad y derivación nacional de pacientes oncológicos para diagnóstico/tratamiento. Enfrentamos a pacientes en QMT con síntomas como disfagia, dolor torácico y síndromes febriles de causa desconocida.

Objetivo: Descripción del espectro clínico y endoscópico de esofagitis infecciosas en pacientes inmunosuprimidos.

Materiales y métodos: Revisión retrospectiva de pacientes inmunosuprimidos derivados por síntomas digestivos para Endoscopia Digestiva Alta entre Junio 2007 – Abril 2012. Se realizó evaluación de ficha clínica, endoscopia, biopsia, cultivos y biología molecular (desde 2011).

Resultados: Se incluyen 35 pacientes oncológicos promedio edad 10 años (1-18 años). El promedio días transcurrido desde última QMT 12 días (1-44 días), el recuento absoluto de neutrófilos presenta rango 0-15015 y plaquetas 16.400-292.000, 33% requirió transfusión de plaquetas pre procedimiento. 70% presentó neutropenia febril de alto riesgo, los síntomas más frecuentes odinofagia y disfagia, 91% de los pacientes presentó hallazgos endoscópicos de esofagitis con compromiso del tercio medio y distal esofágico principalmente. Los hallazgos endoscópicos fueron sugerentes de esofagitis micótica en 25%, viral 20% e inespecífica 44%, según histología se confirmó esofagitis micótica 37% (*Candida albicans*), viral 8% e inespecífica 37%. Con biología molecular confirmación de etiología viral en 22% (Virus Herpes simple 1 y Citomegalovirus). Correlación por 3 métodos 25%. El procedimiento se relacionó con bacteremia en 1 paciente (2,5%).

Discusión/Conclusión: Las esofagitis infecciosas ocurren principalmente en pacientes inmunocomprometidos. Los involucrados son *Candida sp.*, Virus herpes simplex y Virus Citomegalovirus. El diagnóstico requiere hallazgos endoscópicos, histología, cultivos y biología molecular. Es un procedimiento seguro en pacientes inmunosuprimidos. El desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas mejorará posibilidades terapéuticas.

DIVERTÍCULO DE MECKEL: REVISIÓN DE CASOS PRESENTADOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS EN HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO DEL RÍO.

Lazcano, G, Rojas, D., Ramos, A., Concha, G., Salinas, MP

Hospital de Niños Roberto del Río

Introducción: El divertículo de Meckel es la malformación congénita más frecuente del tracto gastrointestinal. Su presentación varía desde asintomáticos a hemorragia digestiva baja, obstrucción intestinal, diverticulitis, entre otras.

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes con diagnóstico histológico de divertículo de Meckel del Hospital de Niños Roberto del Río.

Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de diagnósticos anatomopatológicos de divertículo de Meckel y fichas clínicas respectivas en nuestra institución entre el año 2000 al 2012. Se registraron 29 casos, se estudiaron variables clínicas y demográficas relevantes. Se identificó género, edad, distancia desde válvula ileocecal, presentación clínica, estadía hospitalaria, complicaciones, características histológicas y técnicas quirúrgicas.

Resultados: De los 29 pacientes identificados, 7 fueron de sexo femenino y 22 masculinos. La edad promedio fue de 4,8 años (1 mes – 14 años). La distancia promedio desde la válvula ileocecal fue 53,9 centímetros (20 cms. – 80 cms.). 9 pacientes (31%) asintomáticos (hallazgo intraoperatorio) y 20 sintomáticos (69%). 9 consultaron por dolor abdominal, secundario a: divertículo perforado (n=6), invaginación intestinal (n=2) y obstrucción intestinal debido a divertículo inflamatorio (n=1). Otras formas de presentación: hemorragia digestiva (n=9), ombligo húmedo (n=1) y anemia crónica (n=1). La estadía promedio fue 8,2 días (3 -15 días). La histología correspondió a mucosa intestinal 50%, gástrica 40%, gástrica e intestinal 7% y pancreática: 3%. La técnica quirúrgica realizada fue laparotomía abierta (n=25), laparoscopia (n=3) y técnica videoasistida (n=1).

Conclusión: Predominio masculino (3/1) observado es concordante con la literatura. No se observó correlación entre edad y distancia desde la válvula ileocecal. El predominio de pacientes sintomáticos es discordante a la literatura, sin embargo la presentación predominante con hemorragia digestiva coincide con ésta. Nuestra serie coincide con la asociación entre mucosa gástrica – hemorragia y mucosa pancreática – obstrucción. El abordaje quirúrgico se relacionó con la disponibilidad de recursos de nuestro centro.

DISTROFIA TORÁCICA ASFIXIANTE (SÍNDROME DE JEUNE): TORACOPLASTÍA LATERAL. ASPECTOS TÉCNICOS Y RESULTADOS

Varela Balbontin P., Silva Jeria A., Leopold González E., Sierralta Born C.

Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna

INTRODUCCION: El Síndrome de Jeune (descrito en 1954) corresponde a una malformación caracterizada por una hipoplasia marcada de la caja torácica de sintomatología variable. Su incidencia es de 1/120000. Existen formas letales, graves y asintomáticas, además de estar asociada a hipertensión pulmonar, displasia renal y otras malformaciones.

OBJETIVOS: Reportar una serie clínica de 3 pacientes portadores de Síndrome de Jeune en quienes se practicó una Toracoplastía lateral de ampliación. Se describen aspectos técnicos del procedimiento y evolución clínica de los pacientes.

PACIENTES Y METODO: Tres pacientes portadores de Síndrome de Jeune diagnosticados entre los años 2000 y 2011, 2 niñas y 1 varón de 4, 6 y 12 meses de edad. Los tres presentaban sintomatología respiratoria progresiva desde los primeros meses de vida, con requerimientos de oxígeno adicional y cuadros pulmonares infecciosos a repetición. En los tres se realiza Toracoplastía lateral de ampliación al lado derecho y bilateral en 2 tiempos en el paciente de 6 meses (primera operación a los 6 meses y segunda al año de edad). La técnica quirúrgica consiste en sección escalonada de las costillas cuarta a novena y osteosíntesis con placas de titanio. **RESULTADOS:** Los procedimientos quirúrgicos se realizaron sin inconvenientes intraoperatorias. El paciente de 4 meses tuvo que reintervenirse por fractura precoz del implante, lo que requirió una refijación. En los procedimientos de los otros dos pacientes se utilizó un sistema de fijación tipo "stratos" de titanio que facilitó la osteosíntesis y fijación definitiva, superando los inconvenientes del primer paciente. El primer paciente evoluciona con hipertensión pulmonar grave y progresiva falleciendo al año de edad. Los otros 2 evolucionan favorablemente. El paciente de 1 año se encuentra en espera de plastía torácica contralateral. **CONCLUSIONES:** La Toracoplastía lateral de ampliación constituye una alternativa quirúrgica moderna para los pacientes sintomáticos respiratorios portadores de Síndrome de Jeune.

CUERPOS EXTRAÑOS RADIO OPACOS EN TUBO DIGESTIVO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: RECOPIACIÓN DE CASOS EN UN AÑO EN TURNO DE URGENCIA DE HOSPITAL PÚBLICO

Leopold González E., Silva Jeria A.

Dr. Luis Calvo Mackenna

INTRODUCCIÓN: Se recopilan durante el período de un año de turno de urgencia (marzo 2011 a marzo 2012) un total de 25 casos. Entre los cuerpos extraños destacan las monedas, las pilas de botón, los imanes, clavos, tornillos y alfileres entre los más frecuentes.

DESCRIPCIÓN DE CASOS: Un total de 25 casos fueron recopilados. De ellos 8 correspondió a monedas, 3 a pilas de botón, 3 a imanes, 2 a clavos, 2 a tornillos, 2 a alfileres (1 simple y 1 de gancho), 2 a objetos de adorno, 1 aro, una llave de diario de vida y una medalla religiosa (que se ingirió en forma alternada al alfiler de gancho). En 2 casos el objeto (moneda de \$100) queda detenido en unión de tercio superior con tercio medio de esófago (músculo cricofaríngeo) debiendo ser retiradas por endoscopia digestiva alta antes de las 24 horas desde la ingesta. En el caso de las pilas de botón, todas ellas eran pequeñas (menos de 1 cm de diámetro) y progresaron franqueando el píloro antes de 24 horas desde su ingesta. En uno de los casos de imanes estos eran 2 que fueron ingeridos adheridos entre si y al igual que en los otros 2 casos, lograron ser evacuados sin complicaciones. En todos los otros casos se realizó una conducta expectante (incluyendo 1 clavo de 2 pulgadas y 1 tornillo de 1 pulgada) siendo los objetos evacuados en forma natural sin complicaciones.

REVISIÓN DEL TEMA: Nuestra experiencia coincide con la literatura en cuanto a tipos de objetos y frecuencia de los mismos, siendo las monedas las más frecuentes. En nuestra experiencia la gran mayoría de los objetos, aún siendo de tamaño considerable para el menor (tornillo y clavo), fueron evacuados espontáneamente, con excepción de las 2 monedas de \$100.

COMPLICACIONES EN PACIENTES ONCOLOGICOS PEDIATRICOS DE CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC)

Vásquez Heidy, González Gloria, Blanco Ángel

Hospital Luis Calvo Mackenna

INTRODUCCION. En el paciente oncológico el uso de catéteres venosos implantables permanentes tienen gran importancia ya que ofrece un acceso venoso seguro para administrar terapias endovenosas de larga duración disminuyendo la venopunción, entregándoles una mejor calidad de vida; sin embargo no están exentos de complicaciones siendo la infección y malfuncionamiento lo más frecuente. **OBJETIVOS.** Describir las complicaciones de los CVC y probables factores de riesgo en pacientes oncológicos pediátricos.

METODOS. Se revisaron 109 CVC, se tabularon las complicaciones y probables factores de riesgo como diagnóstico, uso de quimioterapia previo a la instalación de catéter, exámenes de laboratorio, tipo de catéter, sitio de inserción, médico que lo instaló: staff vs. Becado

RESULTADOS. 21 complicaciones en 109 CVC (19%), 17 infecciosas (15.5%), 1 trombosis, 2 hematomas y 1 mecánica. Del análisis de las complicaciones infecciosas destaca que ninguna fue post quirúrgicas (definida como complicación hasta 30 días post instalación). 11 CVC se retiraron por infección (64,7%), el resto se trató con antibióticos. Ninguno de los diferentes factores de riesgo de infección (tipo de CVC, Tumor primario, plaquetas a la instalación, neutrofilos al tiempo de la infección) por CVC analizados fue estadísticamente significativo

Conclusión. Los CVC tienen una incidencia de complicaciones similares a las descritas a la literatura, no encontramos factores de riesgo relevantes en la aparición de las complicaciones. Creemos que los CVC siguen siendo la mejor opción para tratamientos quimioterápicos de largo plazo.

COMPLICACIONES BILIARES POST TRASPLANTE HEPÁTICO: INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

González, G.; Uribe, M.; Wash, A. Bastías, C. Iñiguez, R.

Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna Santiago, Chile

Introducción: El trasplante hepático (TH) es el tratamiento de pacientes con enfermedad hepática terminal. Las complicaciones biliares post TH (CBPTH) son un problema relevante dada su elevada incidencia (Estenosis 13%, filtraciones biliares 8%) y morbimortalidad. Estas complicaciones son subsidiarias de dilatación radiológica, endoscópica o resolución quirúrgica incluyendo el re-trasplante.

Objetivos: Identificar la frecuencia de CBPTH, probables factores de riesgo y su resolución.

Materiales y Método: Estudio observacional, analítico y retrospectivo de fichas clínicas de pacientes trasplantados entre noviembre de 1996 y marzo del 2012. **Resultados:** Se realizaron 171 trasplantes en 143 pacientes, 32 injertos presentaron CBPTH (18 estenosis de anastomosis/vía biliar (10%), 12 filtraciones de anastomosis (7%), 2 estenosis intrahepática múltiple (EIHM) (1,2%)). Se analizaron diferentes factores de riesgo para CBPTH con test de Fisher, two-tailed p-value, la utilización de injertos reducidos ($p=0.0058$) y de injertos provenientes de donante vivo ($p=0.004$) fueron factores de riesgo estadísticamente significativos, no fueron significativos las anastomosis biliodigestivas vs colédoco-colédoco, peso del receptor <10 Kg, complicaciones arteriales, grupo RH compatibles vs. Idénticos y donantes pediátricos. **Manejo:** 9 pacientes con filtración biliar requirieron reoperación, 3 se manejaron con drenaje externo. En los pacientes con estenosis se realizaron dilataciones transhepáticas percutáneas o endoscópica (1 a 3 procedimientos), 3 pacientes requirieron re-anastomosis y Tres pacientes requirieron re-trasplante por cirrosis secundaria.

Discusión: Mantenemos en nuestro equipo una frecuencia similar de complicaciones comparadas con la literatura de adultos, pese lo anterior se debe hacer un esfuerzo por buscar técnicas nuevas que disminuyan estas complicaciones en los pacientes de riesgo. El tratamiento con dilatación con balón es la primera opción de manejo con un alto porcentaje de éxito y baja frecuencia de complicaciones secundarias al procedimiento

TÍTULO: CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN TUMORES PEDIÁTRICOS

Autora: Dra. Caridad Verdecia Cañizares

Hospital Pediátrico docente William Soler.

Resumen:

El tratamiento del cáncer cada vez se revoluciona más, hoy día existen tratamientos inmunes, nuevas drogas anticáncer y la cirugía también ha revolucionado con nuevas técnicas menos invasivas y efectivas.

La cirugía sigue siendo el arma terapéutica principal en el diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos en pediatría. Con el advenimiento de la cirugía mínimamente invasiva se ha logrado reseca tumores malignos con una recuperación postoperatoria rápida y con un mínimo de complicaciones.

Objetivo: Evaluar el empleo de la cirugía mínimamente invasiva en el tratamiento de los pacientes con tumores malignos intrabdominales que han sido tratados con quimioterapia citoreductora previa.

Método: Se incluyeron 64 pacientes con edades de 0 a 18 años ingresados en el servicio de Oncocirugía del Hospital Pediátrico Docente William Soler en el periodo comprendido desde enero 2000 a enero del 2011 con diagnóstico de tumores suprarrenales, del mesenterio y de ovario, tratados con quimioterapia citoreductora previa a la cirugía mínimamente invasiva.

Resultados: De los 64 pacientes tratados, 22 (34,4%) eran tumores malignos de ovario, 36(56,2%) tumores suprarrenales y 6 (9,4%) tumores del mesenterio del intestino delgado. Hubo necesidad de convertir a 5 pacientes 2 (40%) casos de tumor suprarrenal y 3 (60%) casos con tumores de ovarios. El motivo principal de conversión fue el sangrado intraabdominal durante el proceder. La evolución postoperatoria fue buena, el vómito postoperatorio en 10 pacientes (15,6 %) fue la complicación más frecuente y la sepsis del puerto de entrada de trocates laparoscópicos estuvo presente en 3 pacientes (4,7%).

Conclusiones: La cirugía mínimamente invasiva realizada por un personal debidamente entrenado demostró ser de gran utilidad en el manejo de los tumores malignos pediátricos con citorreducción previa. La realización de ésta de forma adecuada con el empleo de las normas de protección al extraer el tejido tumoral, evita la siembra en el trayecto y la aparición de complicaciones como la ruptura tumoral durante el proceder.

Palabras claves: tumores malignos intrabdominales, tratamiento laparoscópico.

CIRUGÍA LAPAROSCOPICA AVANZADA EXPERIENCIA INICIAL HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCION

Soto Patricio, Sanhueza Roberto, Coloma Rodrigo, Vásquez Carla, Piñones Mervin.

Introducción y objetivo: A partir del año 2011 en el Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, se está implementando el abordaje de Cirugía laparoscópica avanzada, tales como Reflujo Gastroesofágico (RGE) entre otras. El objetivo de esta revisión, es mostrar los resultados preliminares en la experiencia acumulada en un año de estudio con diversas indicaciones, en relación a este abordaje.

Método: se evaluaron 33 pacientes pediátricos, que se indicó cirugía laparoscópica avanzada, derivados de servicios de gastroenterología, hematología, broncopulmonar, urgencia y UCI. Se realizó análisis descriptivo de registro de ficha electrónica y de papel en base de datos, consignando; identificación pacientes, edades, diagnósticos, indicaciones quirúrgicas, protocolo operatorio, complicaciones y controles postoperatorios.

Resultados:Se reclutaron los siguientes diagnósticos: 18 RGE 12 con daño neurológico(DOC),2 DOC sin reflujo , 1 quiste celómico gigante, 1PTI resistente a corticoides, 4 Apendicitis, 5 Empiomas pleurales.Se realizaron cirugías laparoscópicas: gtt con o sin Nissencon mejoría de los síntomas previos en todos los casos, esplenectomía con mejoría de plaquetas,quistectomía , aseos torácicos.Seguimiento de 1 año a 1 mes.

Complicaciones: ningún paciente presentó complicaciones intraoperatorias. 1 paciente con paresia gástrica prolongada, un dumping precoz , del resto de casos sin complicaciones asociadas a las cirugías.

Discusión: El desarrollo de la cirugía laparoscopia avanzada resulta un desafío y a la vez una posibilidad de crecimiento para el equipo quirúrgico en formación en nuestro hospital, estos buenos resultados preliminares son motivantes, debido a sus buenos resultados y bajo número de complicaciones, lo que nos obliga como grupo a conseguir implementación más adecuada, formación continua y nuevos horizontes de complejidad tales como manejo enfermedad de Hirschprung, Atresia de vías biliares entre otras.

CIRUGÍA ROBÓTICA. PRIMERA SERIE PEDIÁTRICA EN CHILE

Marco Valenzuela, Ibáñez T.R., Ramírez R., Herrera J.M.

Clinica Indisa

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva (MIS) en pediatría ha demostrado ser muy segura y efectiva. La cirugía laparoscópica se ha desarrollado fuertemente en este campo. Son numerosas las series que muestran las ventajas sobre la cirugía tradicional. La cirugía robótica esta creciendo en este ámbito, mostrando excelentes resultados desde su aparición. El objetivo de nuestro equipo es compartir nuestra serie, como la primera experiencia nacional en cirugía robótica pediátrica

Materiales y métodos Se presentan 25 pacientes pediátricos operados bajo técnica robótica en Clínica Indisa de Santiago de Chile. Los pacientes fueron operados por el mismo equipo de cirujanos pediátricos robóticos. Las cirugías fueron realizadas desde diciembre 2010 hasta abril 2012, un total de 15 meses. Las edades de los pacientes fueron : 7 meses hasta 14 años, con una media de 18 meses. Los pesos de los pacientes al momento de la cirugía fueron : 7,8 hasta 75 kilos con una media de 12 kilos. Los diagnósticos digestivos fueron en 4 pacientes y los diagnósticos urológicos en 21 pacientes. En todos se realizó el procedimiento completo vía robótica sin conversiones. No hubo incidentes ni complicaciones intraoperatorias. No tenemos morbilidad ni mortalidad asociada al procedimiento

Conclusiones La cirugía Robótica pediátrica es segura, efectiva y presenta gran precisión con movimientos finos en espacios pequeños, todo bajo un concepto de cirugía mínimamente invasiva. Nuestros resultados iniciales son muy alentadores por la factibilidad y facilidad de desarrollar las mismas técnicas quirúrgicas habituales, pero con visión 3D, excelente aumento, precisión y seguridad. Esto concuerda con las múltiples publicaciones recientes que se están desarrollando.

CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN EL RECIÉN NACIDO QUIRÚRGICO

Miguel Guelfand Chaimovich, Maricarmen Olivos Pérez, Isidora García Larraín

Hospital Exequiel González Cortés

Introducción: El Recién Nacido (RN) quirúrgico representa un reto para el cirujano pediátrico, tanto por sus características fisiológicas así como por los espacios quirúrgicos reducidos. Durante la última década se ha incorporado la cirugía mínimamente invasiva (CMI) en este grupo etario. El objetivo de esta revisión es reportar nuestra experiencia en CMI en RN con peso < 2500 gramos (gr).

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo, se analizaron las historias clínicas de RN con peso 2500 gr. que fueron sometidos a un procedimiento con CMI en el período comprendido entre Abril 2009 y Abril 2012. No se excluyeron pacientes.

Resultados: 13 RN fueron sometidos a CMI. Las patologías resueltas fueron: Obstrucción Duodenal (Duodeno-duodeno y Duodeno-yeyuno anastomosis en 7 casos), Reflujo Gastroesofágico (Nissen, 2 casos), Atresia Esofágica (Sección de fístula traqueo-esofágica y anastomosis esofágica término-terminal, en 2 casos; gastrostomía laparoscópica en 1 caso) y Obstrucción Intestinal (resección intestinal y anastomosis término-terminal). El peso promedio al momento de la cirugía fue 1920 gr (1300-2490 gr), 10 pacientes eran RN de pre-término. Se utilizó instrumental de 3 milímetros (mm) y óptica de 5 mm de 30 grados. No se presentaron complicaciones intraoperatorias ni necesidad de conversión. En un solo paciente, con atresia traqueo-esofágica, se observó filtración en sitio de anastomosis la cual se resolvió espontáneamente. No se reportaron otras complicaciones.

Conclusiones: La CMI ha revolucionado la cirugía en las últimas décadas. Lo cual se traduce en disminución de adherencias intestinales, menor dolor postoperatorio, estadías hospitalarias más cortas y mejor resultado estético. Con la Toracoscopía se observa una dramática disminución de malformaciones de la pared torácicas como secuela de toracotomías. Con el desarrollo material de menor tamaño, estos procedimientos se han podido realizar en forma segura en esta serie en RN < 2500 gr.

CALRETININA Y PGP 9.5 SON MARCADORES INMUNOHISTOQUÍMICOS ÚTILES EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG

Cristián Gálvez, Leonardo Jara, Tamara Sáez, Sandra Montedónico

Departamento de Ciencias Biomédicas, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso

Introducción: La histoquímica enzimática es una técnica histológica sensible y específica en el diagnóstico de la enfermedad de Hirschsprung, pero requiere el procesamiento de una muestra fresca. El Sistema Nervioso Entérico expresa numerosas proteínas que pueden ser identificadas con inmunohistoquímica. El objetivo de nuestro estudio fue determinar si la inmunohistoquímica entrega resultados comparables a la histoquímica enzimática en el diagnóstico de la Enfermedad de Hirschsprung.

Materiales y Métodos: Se utilizaron 11 muestras de colon sigmoideas de rata, 6 muestras de intestino humano como control y 2 piezas operatorias de intestino con Enfermedad de Hirschsprung. Las muestras se dividieron en dos partes. Una se congeló y se tiñó con histoquímica enzimática para acetilcolinesterasa y deshidrogenasa succínica y la otra se incluyó en parafina y se procesó para inmunohistoquímica con anti-Calretinina (Humano: 1:100; Rata: 1:500), anti-Proteína Producto del Gen 9.5 (PGP9.5) (Humano: 1:1000; Rata: 1:5000) y anti-receptor del factor de crecimiento neuronal p75 (rNGF P75) (Humano: 1:250; Rata: 1:500).

Resultados: La inmunohistoquímica en cortes de parafina para anti-Calretinina y anti-PGP9.5 mostró un marcaje satisfactorio en plexos nerviosos entéricos, comparables con la histoquímica enzimática. Además, PGP9.5 evidenció fibras hipertrofiadas extrínsecas en intestino aganglionar, tal como la histoquímica para acetilcolinesterasa. El marcaje fue débil para anti-rNGF p75.

Conclusiones: La Inmunohistoquímica para anti-Calretinina y anti-PGP9.5 demostró ser una excelente técnica, obteniéndose un marcaje satisfactorio y una excelente conservación de la morfología de los tejidos, en las muestras incluidas en parafina. Esto la hace una técnica adecuada para la evaluación del Sistema Nervioso Entérico, sin exigir la congelación del tejido, como en la histoquímica enzimática.

BRAQUITERAPIA EN UROLOGÍA PEDIÁTRICA: ¿UN TRATAMIENTO MÁS EFECTIVO CON MENOS EFECTOS SECUNDARIOS?

Ricardo Zubieta, Soledad Celis, Loreto Vigneaux, Alejandra Ovalle, Karen Goset, Carmen Salgado, Pedro José López, Francisco Reed, Danielle Reyes, Nelly Letelier
Hospital Exequiel González Cortés

Introducción y Objetivos: El rhabdomyosarcoma (RMS) es uno de los tumores sólidos pediátricos más frecuentes. La braquiterapia es una herramienta prometedora para tratar esta patología. Este estudio analiza la experiencia de un servicio hospitalario usando cirugía conservadora más braquiterapia en pacientes con RMS de origen uro ginecológico.

Pacientes y Métodos: revisión de casos de RMS uro ginecológicos desde el 2004 al 2012 manejados con braquiterapia intra y/o post operatoria, más quimioterapia preoperatoria. Se analizan factores demográficos, tiempo libre de enfermedad, complicaciones post braquiterapia y se solicita estudio urodinámico post-tratamiento.

Resultados: En el período revisado, hubo 6 pacientes con RMS de origen uro ginecológico. Se incluyeron en el estudio 5 pacientes (2 varones), ya que uno presentó un RMS testicular que no se sometió a braquiterapia. Dos pacientes presentaron RMS de próstata, y los otros presentaron RMS vesical, vaginal y del psoas (con compromiso urológico). La edad promedio fue de 4 años (rango 2 – 7 años). Dos pacientes presentaron recaída de la enfermedad, uno de ellos falleció. En los otros, el tiempo libre de cáncer fue de 45 meses promedio (rango 12 – 84 meses). En los casos descritos no se observaron complicaciones asociadas a la braquiterapia.

Conclusiones: La braquiterapia es efectiva y mínimamente invasiva, lo que la hace útil en el tratamiento del RMS. El nivel de radiación óptimo se enfoca en el área tumoral, por lo que tiene menos probabilidades de producir efectos secundarios. En nuestro centro la experiencia es inicial, pero promisoria, por lo que amerita mayores estudios.

ATRESIA DE VÍAS BILIARES. RESULTADOS SERIE CLÍNICA HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO.

Ibáñez T.R., Valenzuela M.A., Alegría S., Mora C., Capdepon N., Ruiz I., Chesta C.

Hospital Roberto del Río

Introducción. Atresia de Vías Biliares es una patología de baja incidencia a pesar de constituir la principal causa de colestasia neonatal. Su importancia está determinada por su catastrófico efecto en la función hepática, que hacen ineludible la exploración quirúrgica y tratamiento precoz. La operación de Kasai muestra sus mejores resultados cuando se efectúa antes de los 2 meses de edad y clásicamente se conoce que logra un drenaje biliar adecuado en alrededor de dos tercios de los pacientes, si bien ello no implica necesariamente la curación a largo plazo, ya que la mitad de estos pacientes requerirán trasplante hepático por falla progresiva en su función.

Objetivos. Caracterizar nuestra serie en pacientes con diagnóstico de atresia de vía biliar en cuanto a características demográficas, oportunidad del diagnóstico y tratamiento quirúrgico, así como resultados a largo plazo, morbilidad y mortalidad.

Pacientes y métodos. Se realizó una revisión retrospectiva de las fichas de pacientes con diagnóstico de atresia de vía biliar o afín, incluyendo el período de 1993 a 2011. **Resultados** Se analizaron un total de 30 pacientes. La mediana de edad al momento de diagnóstico y resolución quirúrgica fue: 2 meses con 5 días (rango: 27 días - 4 meses), todos sometidos a Operación de Kasai. 5 pacientes fueron trasplantados. 2 pacientes recibieron un 2º trasplante, y otros 2 están en lista de espera. 5 pacientes fallecieron por falla hepática. Se comentan en detalle nuestros resultados en cuanto a manejo y evolución quirúrgica y complicaciones durante el seguimiento. **Discusión/Conclusión.** El HRR como centro importante de derivación, nos permite concentrar patología poco frecuente, como la atresia de vías biliares. Por ello, se ha logrado estandarizar una la técnica quirúrgica y el manejo medio en forma integral, lo que nos ha permitido obtener resultados comparables a series mundiales.

ASOCIACIÓN ENTRE EDAD Y DIAGNÓSTICO VERSUS DURACIÓN Y COMPLICACIONES CLÍNICAS DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL CON RESERVORIO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.

Juan Arteaga, Patricio Herrera
Hospital Exequiel González Cortés

INTRODUCCION Los pacientes oncológicos utilizan Catéter Venoso Central con reservorio (CVCR). Su uso simplifica el manejo hospitalario y ambulatorio, ofreciéndoles mayor comodidad terapéutica. Sin embargo, la asociación de complicaciones con su rutina continúa siendo un problema relevante.

OBJETIVO Analizar la evolución de pacientes oncológicos con CVCR instalados en la Unidad Quirúrgica Infantil del Hospital Exequiel González Cortés, en cuanto a evolución y complicaciones por su uso, buscando asociación entre diagnósticos, grupos etarios, y duración del catéter.

METODO Revisión retrospectiva de casos, desde enero 2007 a julio 2011. Se excluyeron CVC sin reservorio y con antecedentes incompletos. Los resultados fueron compilados en tablas EXCEL. Estudiamos variables: sexo, edad, diagnósticos, duración catéter y complicaciones, las asociamos por grupos etarios, se analizaron con prueba de X², Exacta de Fisher, p=005, y T corregida.

RESULTADOS Identificamos 168 pacientes, niños 53,6%, niñas 46,4%. Edad promedio 6 (1-21) años. El diagnóstico más frecuente: Leucemia Linfática Aguda (LLA), 49%. Las complicaciones ocurrieron en 45% de pacientes, la más frecuente: bacteriemia 65%, predominante en grupo etario menor de 8 años (OR:2.19, 95%IC 1.07-4.05). EBSA tuvo mayor frecuencia en mayores de 12 años (OR:18, 95%IC 1.6-216.9). Bacteriemia prevaleció en pacientes con diagnóstico LLA. Días totales uso catéter: 67629, promedio de duración: 457 (5-1583) días, tasa global de complicaciones: 1,138x1000 días-catéter. En menores de 8 años, bacteriemia predominó al primer año de instalación del catéter, y en mayores de 8, prevaleció al segundo año de uso, p=>0.05. **CONCLUSIÓN** Bacteriemia se asoció a pacientes menores de 8 años de edad, con diagnóstico de LLA, indiferente a la duración del catéter. Riesgo de EBSA fue circunstancial en mayores de 12 años pese a tener significancia estadística.

Uso de Telfa como alternativa de manejo no quirúrgico de paciente con Onfalocele Gigante. Reporte de un caso:

Introducción: el manejo de neonatos portadores de onfalocele gigante es un desafío para el cirujano pediátrico. En la mayoría de los casos es necesario un manejo no quirúrgico hasta que exista un mejor balance contenido-continente abdominal. Existen diversas propuestas de manejo no quirúrgico. En este reporte presentamos un caso manejado con una alternativa simple con pocos riesgos. **Caso Clínico:** recién nacido masculino, de 37 semanas, diagnóstico prenatal de onfalocele, nace por cesárea electiva. Se confirma onfalocele, de 8 cm de diámetro mayor con defecto real de pared de 6 cm y compromiso de hígado. Cobertura inicial con gasas húmedas y apósito, reemplazándolas posteriormente por láminas perforadas de resina de Poliester (Telfa) y venda elástica, monitorizando presiones intragástricas inferiores los 20 cm de agua. Dada forma pediculada se decide exploración quirúrgica a los 27 días de edad. Se abre amnios sin resecarlo, ampliando defecto de pared, se logra introducción parcial de asas intestinales, no se logra reducir hígado. Sutura piel y amnios con material reabsorbible y se cubre con Telfa y vendaje elástico, con curaciones cada 4-6 días. Se inicia nutrición enteral al 17° día postoperatorio, con buena tolerancia. Se evidencia epitelización desde los bordes hasta reemplazar completamente la membrana amniótica desecada. Concomitantemente paciente requiere asistencia ventilatoria durante 35 días, por atelectasias y como parte de manejo postoperatorio. Recibe antibióticos por infecciones en relación a accesos vasculares. Se pesquisa agenesia renal izquierda, en estudios por cifras tensionales altas durante 3° semana de vida, que luego se normalizan espontáneamente. Paciente dado de alta a los 92 días de edad. Reingresa y fallece a los 7 meses de edad por cuadro respiratorio agudo. **Conclusión:** a la fecha no hay reportes de manejo de onfalocele gigante con telfa, que proponemos como una alternativa simple de bajo costo.

ULCERA GÁSTRICA SANGRANTE POR CAUSA NO HABITUAL
González Jeria Pablo, Saitua Doren Francisco, Vásquez Rodríguez
Hospital Pediátrico Luis Calvo Mackenna de Santiago Chile

INTRODUCCION: La hemorragia digestiva alta (HDA) en el niño en ocasiones puede generar consecuencias potencialmente severas. En el paciente con escasa movilización y con alimentación enteral por sonda que presenta HDA, habitualmente se piensa en lesiones gástricas por stress o por medicamentos, sin considerar una causa prevenible como la que describiremos

CASO CLINICO 1: lactante de 9 meses, Sd. Down, cardiopatía operada, que a 8 días de haberse realizado gastrostomía presenta hemorragia digestiva con compromiso hemodinámico. Al descartar sangrado por gastrostomía se realiza endoscopia que muestra úlcera con vaso antiguo trombosado Forrest IIC en relación directa a punta de la sonda Foley de la gastrostomía. Se realiza cambio de sonda y observación, sin requerir otro procedimiento

CASO CLINICO 2: lactante de 6 meses, Sd. Down, cardiopatía operada que presenta hematemesis con compromiso hemodinámico por lo cual se realiza endoscopia digestiva alta observándose úlcera sangrante que se controla con clips. A los 5 días presenta nuevo episodio de sangrado digestivo. Endoscopia muestra zona clipeada inactiva y al movilizar sonda gástrica se advierte gran úlcera con coágulo adherido Forrest IIB por debajo de la punta de la sonda, la cual se cambia sin requerir otro procedimiento

COMENTARIO: Existen descripciones en la literatura de lesiones por presión por sonda de alimentación en mucosa nasal y esofágica y las recomendaciones en estos casos son la movilización repetida de la sonda o el cambio de ésta. Esta metódica debiera adoptarse en forma preventiva con toda sonda de alimentación y en lo posible en gastrostomías debería utilizarse sondas específicas para ello y no tipo Foley.

ÚLCERA DUODENAL PERFORADA, CASO CLÍNICO

David Schnettler Rodríguez, Consuelo Butler Rojas, Natalia Castro, Sebastián Cabezas

Universidad Católica del Maule. Hospital Regional de Talca

Introducción: se presenta caso de úlcera duodenal perforada en el contexto de una meningitis purulenta, junto a su manejo general y quirúrgico, debido a lo poco frecuente de esta patología en la edad pediátrica.

Descripción del caso: paciente de 8 años, sexo femenino, sin antecedentes mórbidos, ingresada en enero de 2011 por cuadro de meningitis purulenta con cultivo positivo para Neumococo, evolucionó sin déficit neurológico, hemodinámicamente estable y sin compromiso respiratorio, presentando dolor abdominal y signos clínicos de abdomen agudo, ecografía abdominal mostró líquido libre intraperitoneal, se decide realizar laparotomía exploradora. En la cirugía, se aprecia líquido turbio libre en toda la cavidad y presencia de colecciones en hemiabdomen superior, más úlcera del bulbo duodenal con sección completa de su pared y tejido peri duodenal inflamado y edematoso. Se decide cerrar ambos muñones del duodeno y realizar anastomosis gastroyeyunal, más aseo peritoneal. Evolucionó grave, con clínica de SRIS, compromiso respiratorio progresivo y hemorragia digestiva masiva, se debió realizar segunda laparotomía exploradora la que reveló úlcera duodenal sangrante, que cedió a hemostasia local, infusión de adrenalina in situ y esomeprazol EV. Se somete a re anastomosis en Y de Roux instalándose yeyunostomía de alimentación. Evolucionando favorablemente a la fecha actual. Revisión del tema: La úlcera duodenal es una enfermedad poco frecuente en niños y con baja tasa de complicaciones mayores. Generalmente se reporta cuando se presenta con complicaciones como la perforación y hemorragia. Dentro de los factores de riesgo asociados, se encuentra la infección por H. pylori, Aines, corticoides y estrés fisiológico. Su diagnóstico es difícil debido a la baja sospecha, lo que lleva a una alta morbimortalidad por el retraso en el diagnóstico y la enfermedad de base. Existe escasa literatura de úlcera duodenal perforada en niños, debido a su escasa incidencia.

TUMOR GERMINAL SACROCOCÓGEO: DIAGNÓSTICO ANTENATAL, RESECCIÓN EN BLOQUE Y RECONSTRUCCIÓN PRIMARIA

Ibáñez R, Valenzuela M, Catoia B, Menchaca P, Gutiérrez J

Hospital Roberto del Río

INTRODUCCIÓN: Los tumores germinales extra gonadales (TGSC) constituyen una patología infrecuente en la edad pediátrica (1 / 27.000 RNV), aunque es la neoplasia más frecuente de diagnóstico fetal, con localización preferentemente Sacrococógeo. La disponibilidad ecográfica ha permitido el diagnóstico antenatal de muchas de estas lesiones, lográndose planificación oportuna, estudio y tratamiento multidisciplinario de estos pacientes

DESCRIPCIÓN: Paciente hijo de madre sana, de 21 años. En control de 34 semanas, se pesquiza masa quística heterogénea en polo caudal de 180x100mm. Se decide cesárea electiva con 37 semanas por sospecha de TGSC. Nace con Apgar 8-9, AEG, destacando masa Sacrococógeo de aprox.15 cm de diámetro, sin malformaciones asociadas. ECO y RM muestran lesión exofítica en polo inferior, solido quística, multilobulada, sin calcificaciones, con componente intrapélvico significativo, indemnidad espinal y medular, compatible con TGSC Altman II. Se opera al 9º día: se diseñan colgajos de piel y se extirpa el tumor y cóccix en su totalidad, respetando estructuras intrapélvicas. Se reconstruye piso pelviano, logrando cierre primario. Paciente evoluciona con tránsito intestinal y diuresis espontáneas, sin alteraciones motoras y de reflejos en miembros inferiores, realimentándose a las 48 hrs en forma progresiva con buena tolerancia. La histopatología informa teratoma maduro con áreas de neuroepitelio inmaduro, sin atipia celular

REVISIÓN: El diagnóstico obstétrico de TGSC permite la consejería y derivación oportuna, la planificación quirúrgica, y la selección de pacientes que podrían beneficiarse de interrupción precoz en vista a la mortalidad fetal que alcanza 16%. El manejo precoz de estas lesiones evitaría la malignización en relación al tiempo. Diferentes clasificaciones (como Altman y Gonzalez-Crussi) se desprenden del estudio peri operatorio, con implicancias terapéuticas y pronósticas. No existe hoy suficiente evidencia de que tratamiento citotóxico aporte beneficios para teratomas benignos, maduros o inmaduros. Cabe al seguimiento alejado evaluar las consecuencias del tratamiento, en cuanto a recurrencia, incontinencia urinaria y fecal.

TROMBOSIS DE VENA PORTA COMO COMPLICACIÓN DE QUISTE DE COLÉDOCO.

Garrido Flores, M. (1), Acevedo González, S. (1); Montedónico Rimassa, S. (1); Godoy Lenz, J. (2); De La Rosa Manríquez, A. (1)

(1) Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Carlos Van Buren. Universidad de Valparaíso. (2) Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital San Juan de Dios. Clínica Las Condes.

Introducción: La trombosis de vena porta (TVP) en niños es una condición rarísima, constituyendo un desafío diagnóstico. Presentamos un caso clínico donde concurren TVP, quiste de colédoco (QC) y pancreatitis aguda (PA), describiendo su manejo clínico. Presentación del caso Lactante femenino, 1 año 1 mes, sin antecedentes. Inicia cuadro diarreico, manejándose ambulatoriamente. Evoluciona con dolor abdominal. Ingresa subfebril, con abdomen en tabla. Elevación de bilirrubina y parámetros sépticos. Ecografía abdominal demuestra QC. Se hospitaliza, iniciando tratamiento antibiótico por colangitis aguda (CA), con respuesta favorable. Colangiorresonancia confirma QC tipo I con barro biliar. Al 8° día aparece compromiso general, distensión abdominal, y alza de amilasa, lipasa y bilirrubina. Tomografía computada señala PA Balthazar C y ascitis. Se mantiene con nutrición parenteral más albúmina y posteriormente aporte por sonda nasoyeyunal. Revisión de imágenes advierte ausencia de flujo portal, confirmado con Doppler, descartando shunt portosistémico congénito. Inicia tratamiento anticoagulante con dalteparina. Amonemia en ascenso, el 28° día presenta crisis convulsiva, requiriendo fenitoína. Completa tratamiento antibiótico con metronidazol, ampicilina y ciprofloxacino. Lenta mejoría clínica y de laboratorio, parámetros bioquímicos normales, manteniendo amonio elevado. Nuevo Doppler color confirma TVP sin variación. Se interviene el 59° día, encontrando vena porta completamente trombosada, con perforación de rama izquierda y hematoma organizado. Exéresis de QC y anastomosis biliodigestiva. Exploración de vena porta con catéter de Fogarty sin paso proximal ni distal. Evolución postoperatoria favorable, afebril, parámetros inflamatorios y hepáticos en descenso. Tolera realimentación enteral progresiva. Alta al 71° día. Controles con normalización de transaminasas, manteniendo amonio elevado. Ecografías abdominales con gran flujo por arteria hepática y ausencia de flujo portal. Pendiente evaluación de várices esofágicas. Revisión del tema. Las etiologías de TVP son daño endotelial directo, sepsis intrabdominal, trauma abdominal, deshidratación y trombofilias. El QC y sus complicaciones (CA, PA y efecto de masa) pueden originar TVP.

TERATOMA SACROCOCCÍGEO INVASOR DE GRAN TAMAÑO. MANEJO Y SEGUIMIENTO Herrera Villa José Miguel, Valenzuela Aguilera M; Ibáñez Gallardo C; Zúñiga Carmona J; Ibáñez González T.

Clínica Indisa, Santiago de Chile

Introducción. El teratoma Sacrococcígeo (TSC) es un tumor del recién nacido que se presenta en diferentes formas donde el tipo invasor es una de las más complejas por la dificultad de extirpación completa. La morbimortalidad depende de la forma de presentación inicial, siendo las de tipo I la de mejor pronóstico y las de tipo III las que presentan un porcentaje mayor de secuelas. El objetivo es presentar el caso clínico de una paciente portadora de un Teratoma Sacrococcígeo Invasor (TSCI) con diagnóstico antenatal, su manejo quirúrgico y seguimiento. **Descripción.** Paciente femenina, con diagnóstico antenatal de TSC, nace a las 32 semanas de gestación, por cesaria de urgencia en Clínica Indisa de Santiago de Chile. Equipo quirúrgico asiste al parto observando tumor que duplica el tamaño de su cabeza. Se opera a las 24 horas de nacida luego de realizar estudio de imágenes y de laboratorio. Se logra extirpar tumor intra y extrapelviano, peso 980 gramos. A los 3 meses se realiza extirpación parcial del tumor intramedular. Presenta un remanente retro sacro e intramedular que requiere una nueva cirugía a los 5 meses, después de la cual se realiza cirugía plástica reconstructiva para lograr cierre adecuado de la pared posterior. No ha presentado recidiva de la lesión a un año de seguimiento estricto.

Revisión del Tema. Los TSCI de gran tamaño representan un gran desafío para el equipo médico quirúrgico por el gran compromiso sistémico y local de la región pelviana. Requiere cirugías con distintos equipos (digestivos, urológicos, plásticos y neuroquirúrgicos), para lograr una extirpación completa del tumor y las menores secuelas neurológicas posibles.

ROL DEL CIRUJANO INFANTIL EN EL MANEJO DE LA HIDROCEFALIA. EXPERIENCIA DE COLABORACIÓN ENTRE DOS SERVICIOS. 2009 A 2011.

Pamela Saavedra Varas, Constanza Nieme Sánchez; Jaime Bastidas Anabalón; Manuel Ángel Godoy; J. Cristóbal Cuellar; Víctor Zepeda

Hospital San Pablo Coquimbo

Introducción: La implantación de una válvula derivativa ventrículo peritoneal (VDVP) es el procedimiento de elección para el tratamiento de la hidrocefalia de distintas etiologías, si bien la ventriculostomía endoscópica del tercer ventrículo (ETV) cobra espacio en estos días. Las complicaciones valvulares son de tipo mecánicas e infecciosas. El pronóstico depende en parte importante de la técnica quirúrgica. El manejo multidisciplinario (neurocirugía - cirugía infantil) permite instalar en peritoneo por vía laparoscópica el segmento distal del circuito derivativo bajo visualización directa y sin laparotomía. En casos en los que está contraindicado el abordaje peritoneal se puede derivar a vejiga o a aurícula. **Metodología:** estudio retrospectivo de 19 pacientes tratados por hidrocefalia entre 2009 a 2011 en Hospital San Pablo de Coquimbo. Se registran sexo, etiologías de hidrocefalia, edad de 1er tratamiento quirúrgico, equipos quirúrgicos, complicaciones, reintervenciones y procedimientos realizados en relación a válvulas de derivación. **Resultados:** A 5 de 19 pacientes se les instaló VDVP por laparoscopia (ninguno como primer tratamiento), salvo en un caso (ventriculitis 2 meses post laparoscopia) este fue el último procedimiento efectivo sin complicaciones al cierre del estudio. En dos complicaciones obstructivas de VDVP instaladas por laparotomía, el problema se resolvió por laparoscopia sin necesidad de recambio valvular. En los abordajes laparoscópicos se visualizaron adherencias en sitio de laparotomía previa en todos los casos.

Conclusiones: Se destaca el manejo multidisciplinario para optimizar el tratamiento de estos pacientes. La laparoscopia permite evitar otra laparotomía al momento de revisar o cambiar una válvula, disminuyendo el riesgo de adherencias, permite menor manipulación del sistema por lo que disminuiría el riesgo de infecciones. Se propone modificación a técnicas descritas y estudio prospectivo con instalación de VDVP video asistido.

ROL DE LA CIRUGÍA EN LAS INFECCIONES MICÓTICAS PULMONARES EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS.

Rodrigo Contreras, Margarita Aldunate, Andrés Martínez

Roberto del Río

Introducción El aumento del número de pacientes inmunocomprometidos, independiente de su etiología, ha generado un incremento en las infecciones micóticas pulmonares. La neutropenia severa que enfrentan, condicionaría la invasión fúngica, generando sepsis pulmonar o sistémica. La presentación, aguda o subaguda, pone en riesgo la vida de estos pacientes. El objetivo del trabajo es evaluar el apoyo quirúrgico que podemos ofrecer a estos enfermos.

Pacientes y método Revisión retrospectiva de los datos clínicos, imágenes y protocolos operatorios de 2 pacientes intervenidos en nuestro hospital en forma reciente; ambos portadores de severo compromiso inmunológico. El primero de ellos, 3 años, portador de Leucemia Mieloide, en riesgo alto. El segundo, 14 años, portador de aplasia medular, sin donante de médula ósea.

Resultados El primer paciente desarrolla múltiples infecciones bacterianas y micóticas, dentro de los que destaca un hemocultivo con *Fusarium*, a pesar de estar en tratamiento con Anfotericina y Voriconazol. Ingresa a pabellón para desfocar y reducir carga séptica. Se realiza resección del lóbulo medio y del segmento basal anterior del superior. El segundo paciente desarrolla una neumonía fúngica por *aspergillus* en pulmón derecho y evoluciona con un rápido y progresivo deterioro general a pesar del tratamiento médico. Requiere cirugía de urgencia con resección completa de lóbulos medio y superior. Ambos evolucionan con regresión de parámetros inflamatorios, curva febril y notable mejoría del estado general. Después de 2 meses de la cirugía ambos viven, pero en tratamiento por sus patología de base.

Conclusión/discusión. A pesar del desarrollo de nuevos productos antimicóticos, la cirugía con resección pulmonar ofrece una alternativa de tratamiento para aquellos pacientes con infecciones micóticas profundas rebeldes a tratamiento. La sobrevida para pacientes inmunocomprometidos neutropénicos es mayor cuando se ha utilizado medicamentos antifúngicos asociado a cirugía. La evolución clínica de estos pacientes es concordante con lo descrito en la literatura.

REVISIÓN DE FASCEITIS NECROTIZANTE EN PEDIATRÍA

Subiabre, MJ, Lazcano, G; Martínez, A; Ojeda, A; Aldunate, M.

Hospital Roberto del Río

Introducción: La Fasceitis Necrotizante (FN) es una enfermedad rara, potencialmente mortal. Infección de tejidos blandos que cursa con necrosis que se extiende rápidamente por fascias y tejido circundante. Puede ser causada por lesiones como trauma hasta por eventos como rasguños. Causada por toxinas, la más frecuente, del estreptococo grupo A. Puede causar toxicidad sistémica rápidamente fatal. Se requiere alto grado de sospecha clínica para el buen manejo y pronóstico del paciente. Siendo lo más importante en el manejo el desbridamiento quirúrgico. En los niños la infección por el virus Varicela es el mayor predisponente. Tiene manifestaciones cardinales que son dolor intenso fuera del área de la lesión, bulas hemorrágicas y / o alteración de signos vitales.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados con FN en el Hospital Roberto del Río, entre los años 2000 y 2012. **Resultados:** Son 63,6% masculino y de 36,4% femenino. Con una edad promedio de 5,8 años. Se presenta en la evolución de varicela 54%, celulitis 18,2%, complicación postoperatoria 18,2% y 9,1% post vacuna BCG. La lesión se ubicó en abdomen 63,6% , extremidad inferior 18,2% ,cabeza -cuello y extremidad superior 9,1%/u. Los gérmenes aislados: Estreptococo beta hemolítico del grupo A en 45,4% de los casos, St. Aureus 36,4%, Enterococo faecalis 9,1% y St. pneumoniae 9,1%. Todos requirieron debridamiento quirúrgico y antibioterapia. Un 72,7% de los casos debió manejarse en UPC. La hospitalización promedio fue 17 días. Sólo una paciente de la serie falleció.

Discusión: Similar a la literatura nuestros casos se presentan en contexto de varicela y fueron manejados con cirugías y antibióticos. Por la gravedad requirieron UPC y hospitalizaciones prolongadas. Coincidimos también en el germen SBHA. **Conclusión:** Dado la grave y rápida evolución de la FN debemos tener un alto grado de sospecha, para lograr un actuar oportuno y evitar un desenlace fatal.

PERFORACIÓN GÁSTRICA NEONATAL ASOCIADA A USO DE IBUPROFENO Y ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE POSTOPERATORIA. REPORTE DE UN CASO

Dolz A., Silva A., Cienfuegos G., Pinilla C., Urbina G.

Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna

La perforación Gástrica en el recién nacido es una complicación poco frecuente y de riesgo vital. En su génesis se la relaciona con factores como prematuridad, ventilación nasal, asfixia y uso de algunos medicamentos como el Ibuprofeno.

CASO CLÍNICO: RNPT 25 semanas, 925 gr AEG, antecedentes de parto cesárea (RPM) en Hospital Dr. Luis Tisne. Evoluciona grave durante las primeras horas y requiere uso de drogas vasoactivas. La Ecocardiografía evidencia ductus amplio con compromiso hemodinámico. Se inicia tratamiento médico con Ibuprofeno en altas dosis y un mayor número de ellos por falter de raspies inicial. Al cuarto día de vida aparecen signos de abdomen agudo. Se traslada a Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna para evaluación quirúrgica. Al ingreso, destaca abdomen distendido y doloroso. La Rx de Abdomen muestra un importante neumoperitoneo. Se realiza laparotomía y se encuentra perforación gástrica única en curvatura menor que se repara. Evolución postoperatoria favorable. Al noveno día de vida, la Ecocardiografía de control evidencia persistencia del ductus. Se realiza cierre quirúrgico. A los 23 días de vida presenta una nueva complicación con clínica y Rx de NEC. Se realiza resección de 30 cm de yeyuno-íleon necrótico yeyunostomía. La Evolución postoperatoria es favorable. Se reconstituye tránsito digestivo a los 94 días de vida.

DISCUSION Y COMENTARIOS: La etiología de la perforación gástrica espontánea en neonatos permanece poco clara. Se conoce que el uso de Ibuprofeno presenta un riesgo de un 40% de hemorragia digestiva y perforación intestinal que aumenta aun más al usar dosis elevadas o en asociación con corticoides. Se consigna que la NEC que presentó nuestro paciente se relacionaría más bien a sus factores de gravedad y prematuridad que al uso de Ibuprofeno, ya que se presentó 20 días después.

**PENTALOGÍA DE CANTRELL, REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO
Dra. Carolina Bastías, Dr. Salvador Padilla, Dra. Gloria Urbina, Dr. Alberto Miño, Dra.
Andrea Silva**

Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna

Introducción. La Pentalogía de Cantrell es un desorden poco frecuente cuya incidencia es 1:100.000. Etiología de origen vascular. Clínicamente se caracteriza por Onfalocele, hernia diafragmática, hundimiento esternal, extracordis y malformaciones cardíacas. Diagnóstico prenatal mediante ecografía en la cual se reconoce el Onfalocele y la extrusión cardíaca.

Caso Clínico. RNT, hijo de primigesta de 27 años con antecedentes de Diabetes Gestacional, con diagnóstico prenatal de Onfalocele y cardiopatía congénita. Se realiza cesárea programada y se traslada a nuestro hospital. Es llevado a pabellón para cierre del defecto de pared abdominal y como hallazgo intraoperatorio se pesquisa defecto diafragmático anterior, extracordis y hundimiento esternal. Se cierra el defecto diafragmático y abdominal sin incidentes. Posteriormente se reparan sus cardiopatías congénitas evolucionando satisfactoriamente del punto de vista hemodinámico pero tórpidamente del respiratorio por lo que se mantiene conectado a ventilación mecánica. Se estudia con fibrobroncoscopia diagnosticándose broncomalacia por lo que se instala un stent. Por mala tolerancia a incremento de aporte oral se realiza radiografía EED que confirma malrotación intestinal por lo que es sometido a una nueva cirugía correctiva. Actualmente se mantiene estable dentro de su condición.

Discusión. Entidad poco frecuente, de incidencia desconocida en nuestro país, Etiología de origen vascular. Más frecuente en los hombres. Se clasifica en clase 1 aquella que presenta Onfalocele, hernia diafragmática, hundimiento esternal, malformaciones cardíacas y extracordis, clase 2 diagnóstico probable con 4 defectos (incluyendo el intracardiaco y Onfalocele) y clase 3, cuando se presentan solo tres defectos. El diagnóstico prenatal se hace a partir de las 12 semanas mediante ecografía. Su mal pronóstico se debe a las malformaciones cardíacas presentes en la Pentalogía.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y TORSIÓN, COMPLICACIONES DE UN DIVERTÍCULO DE MECKEL. REPORTE DE CASO.

Elton MA, Alvarado LA, Bag MJ

Universidad de Valparaíso - Hospital Dr. Gustavo Fricke

Introducción: el divertículo de Meckel es la malformación intestinal más frecuente. Un 2% de los portadores presentará complicaciones, siendo la más frecuente: hemorragia digestiva, alrededor de los 2 años de edad. Reportamos el caso de un paciente con presentación atípica. Caso Clínico paciente asmático de 4 años, derivado desde hospital de menor complejidad por cuadro de 2 días de evolución, caracterizado por dolor abdominal cólico inicialmente, luego constante y difuso, asociado a vómitos, sin deposiciones desde inicio de cuadro. 24 horas previas a consulta presenta fiebre. Dentro de examen físico destaca: gran distensión abdominal, sensibilidad difusa, leve aumento de tono de ruidos hidroaéreos, sin signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: sin hallazgos. Etiología poco clara, se realizan exámenes de laboratorio destacando: PCR de 205 mg/L, GB: $14.000 \cdot 10^3$, TP: 60%, TTPK: 44s, BUN: 32 mg/L, TAC abdomino-pelviana sin contraste: muestra proceso inflamatorio en fosa ilíaca derecha con obstrucción secundaria. Traslado a nuestro centro por eventual necesidad de Cuidados Intensivos. Llega paciente termodinámicamente estable, febril, levemente deshidratado, abdomen distendido con ruidos aumentados en tono y frecuencia. Optimización de hidratación y antibióticoterapia. Se realiza laparotomía exploradora encontrándose: obstrucción intestinal por brida mesentérica, divertículo gangrenado a 45 cm de válvula ileocecal, torcido en su extremo, formando masa quística de 5 cm de diámetro, sin evidencia de perforación macroscópica; líquido libre serohemático turbio, sin mal olor. Se realiza sección de brida, resección intestinal a nivel de divertículo, con anastomosis termino-terminal, apendicetomía y aseo peritoneal. Evolución postoperatoria estable, con íleo postquirúrgico que cede al 5º día. Alta hospitalaria al 8º día postoperatorio

Conclusión si bien la complicación de divertículo de Meckel puede ser una causa de abdomen agudo, ésta no es la presentación más frecuente. Aún más inesperado es que el origen del dolor esté dado por dos condiciones concomitantes como el caso que presentamos.

NEUMOTÓRAX BILATERAL SECUNDARIO A FÍSTULA BRONCOPULMONAR EN NIÑOS

Andrea Ruiz , Liliete Ruminot, Patricio Herrera

Hospital Exequiel González Cortés

INTRODUCCIÓN: La fístula broncopulmonar (FBP) definida como comunicación anormal entre espacio pleural y árbol bronquial, es una patología infrecuente y de difícil manejo, por ende asociada a importante morbilidad. La incidencia reportada es de 1,5 a un 28% post resección pulmonar. Esta variabilidad dependería de su etiología, técnica quirúrgica y experiencia del cirujano.

DESCRIPCION DEL CASO: Se trata de un caso de neumotórax bilateral asociado a FBP de difícil diagnóstico etiológico. W.M.M., 1 año 9 meses, sin antecedentes mórbidos, que el día 19.03.12 presenta episodio agudo de movimientos tónico-clónicos generalizados y esfuerzo respiratorio que cede con maniobra de Heimlich. Manejándose inicialmente como neumonía aspirativa con tratamiento antibiótico triasociado, evoluciona con dificultad respiratoria severa, trasladándose a UPC. Rx tórax muestra neumotórax bilateral, drenándose en forma secuencial, pero re-expandingo solamente pulmón derecho. Broncoscopía rígida descarta presencia de cuerpo extraño. Broncoscopía flexible descarta lesión bronquial iatrogénica, pero por persistencia del colapso pulmonar, se decide explorar en pabellón, identificando FBP, la cual se cierra quirúrgicamente (27.03.12), con lo que se logra re expandir pulmón izquierdo de inmediato, con mejoría clínica franca y weaning en 3 días.

REVISION DEL TEMA: La asociación de neumotórax bilateral en un lactante o pre-escolar, sin patología previa, con episodio pseudo-asfíctico, inducen a la sospecha de aspiración de cuerpo extraño, sin embargo, la falta de hallazgos junto a la evolución y estudio posterior, hacen sospechar una malformación pulmonar de base. Este caso nos muestra lo variable de las presentaciones clínicas de las malformaciones pulmonares. La mayoría de las FBP en pacientes pediátricos se presentan en la evolución de enfermedades pulmonares graves con falla respiratoria aguda que requieren de ventilación mecánica. La indicación de toracotomía exploradora, en pacientes con neumotórax y colapso pulmonar que no ceden con tubo y aspiración, se refuerza con el hallazgo quirúrgico, a pesar de no tener lesión bronquial.

MESOTELIOMA PERITONEAL MULTIQUÍSTICO BENIGNO: REPORTE DE 2 CASOS CLÍNICOS

Bastías, C.1, Cuminao, M.2; Saitua, F.1; González, G.1; Henríquez, A.1

1. Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. Santiago, Chile. 2. Clínica Alemana de Temuco. Temuco, Chile

Introducción. El Mesotelioma quístico benigno (MQB) es un tumor infrecuente en niños, se presenta habitualmente en mujeres en edad fértil con cirugía abdomino-pélvica previa. Se manifiesta de forma inespecífica como dolor, masa abdominal, ascitis o hallazgo. Presentamos 2 casos clínicos

Caso 1: Niña de 3 años sin antecedentes previos, presenta abdomen agudo. Ecografía muestra lesión multiquística ovárica derecha torcida. Marcadores tumorales normales. Laparotomía exploradora constata lesión multiquística para ovárica complicada y lesiones quísticas en epiplón y peritoneo pélvico. Se realiza ooforectomía derecha y resección en bloque de las lesiones quísticas. Informe de biopsia concluye MQB. Actualmente libre de enfermedad a 6 meses del diagnóstico. Caso 2: Niño de 4 años portador de válvula derivativa ventrículo-peritoneal (DVP) por hidrocefalia. Consulta por disnea. Imágenes demuestran derrame pleural derecho y hernia diafragmática. Se realiza laparoscopia exploradora encontrándose incontables vesículas transparentes libres en cavidad peritoneal. Se realiza aseo y extirpación de lesiones por laparotomía. Toracoscopia demuestra parénquima pulmonar normal y líquido pleural claro sin vesículas. Estudio de líquido pleural normal. Biopsia de lesiones peritoneales concluye MQB. A los 4 meses de seguimiento el paciente presenta una hernia incisional en incisión abdominal y re-aparición de vesículas en relación al trayecto de la DVP, que fueron resecaadas. Actualmente en seguimiento.

Revisión del Tema El MQB es un tumor infrecuente, con solo 7 casos reportados en niños. Su potencial es benigno, pero con una alta tasa de recurrencia. Se origina en la pleura (60-80%), peritoneo (15%) y pericardio (10%). Entre los mesoteliomas existen tres tipos: adenomatoide benigno, quístico benigno y el Mesotelioma maligno. Su patogenia es controversial, se plantea como respuesta frente a una estimulación crónica que lleva a que las células mesoteliales proliferen en forma persistente. El tratamiento efectivo es la extirpación total del quiste, aumentando la recurrencia si este es resecado de forma parcial.

MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE LA VÍA AÉREA PULMONAR: REVISIÓN DE 13 CASOS.

Casals Aguirre, R., Blanco Martínez, A.

Hospital Luis Calvo Mackenna

Introducción: La Malformación Congénita de la Vía Aérea Pulmonar (MCVAP) se presenta en 1:25,000 RN. Representa el 25% de las malformaciones congénitas de pulmón. Se presentan generalmente con distress respiratorio agudo en el período neonatal, e infección pulmonar recurrente en niños mayores

Pacientes y Método: revisión retrospectiva del material clínico de 13 niños tratados con diagnóstico de MCVAP en el Hospital Luis Calvo Mackenna, desde el año 2000 a la fecha
Resultados: tuvimos una distribución similar entre hombres y mujeres (6/7). Siete pacientes presentaron síntomas, Distress respiratorio del recién nacido en 4 de los casos, infecciones pulmonares recurrentes en 2 e insuficiencia respiratoria global en un paciente de 8 años. Seis niños asintomáticos. En 8 niños se hizo el diagnóstico con ecografía prenatal. La edad promedio de cirugía fue de 12 días de vida (rango: 3días-2años 4 meses), siendo intervenidos de urgencia 5 pacientes. Se realizó cirugía toracoscópica en un caso y 12 niños fueron operados por toracotomía posterolateral. En 12 pacientes se procedió a lobectomía y en un caso a segmentectomía. Según la clasificación histológica de Stocker tuvimos: 2 niños tipo 1, 10 niños tipo 2, un caso tipo 3. La ubicación de las malformaciones fue: 8 casos en pulmón derecho, y 8 presentaban los quistes en lóbulos inferiores. Otros hallazgos anatomopatológicos: secuestro pulmonar extra lobar en 1 y bronconeumonía en 2 casos
Complicaciones post operatorias en dos casos, hemotórax y persistencia de lesiones marginales, ambos fueron reoperados.

Discusión: La MCVAP es una patología poco frecuente con presentación clínica variable. El diagnóstico antenatal es importante para definir el pronóstico. Nuestros resultados son similares a los reportados por la literatura internacional, solo mostrando diferencia en el tipo histológico (tenemos un 77% tipo 2 vs la literatura que muestra 10-15%). Los resultados quirúrgicos son favorables. No tuvimos mortalidad.

LOBECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN MALFORMACIONES CONGÉNITAS PULMONARES. NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL.

Alejandra Ovalle, Miguel Guelfand

Exequiel González Cortes

INTRODUCCION Las malformaciones congénitas pulmonares comprenden un amplio espectro incluyendo quistes bronquiales, secuestros pulmonares, malformación adenomatosa quística (MAQ) y enfisema lobar congénito entre otras. El abordaje mínimamente invasivo posee múltiples ventajas en relación a una toracotomía. Se presentan dos casos donde se realizó una lobectomía toracoscópica para la resolución de estas patologías.

CASOS CLINICOS

Caso 1: Lactante de 18 meses con diagnóstico de MAQ tipo I. Se realiza lobectomía toracoscópica del lóbulo superior derecho a los 2 años. No requirió ventilación mecánica postoperatoria. Evoluciona bien, pero su hospitalización se prolonga por infección intrahospitalaria de manejo antibiótico endovenoso.

Caso 2: Lactante de 7 meses con ecografía prenatal con malformación pulmonar del lóbulo superior izquierdo (LSI), TAC sugiere MAQ tipo I del LSI. Se realiza lobectomía toracoscópica del lóbulo superior izquierdo a los 9 meses de vida, procedimiento sin incidentes. No requirió ventilación mecánica ni drenaje pleural. Buena evolución, siendo dada de alta a los 2 días.

DISCUSIÓN El manejo de las malformaciones congénitas pulmonares es habitualmente quirúrgico, promoviéndose cirugía precoz. El tratamiento de elección es la lobectomía, con técnica abierta o toracoscópica. Ambos casos se realizaron con mono-intubación bronquial. Acceso con dos trocares de 5mm y uno de 3mm. El manejo hilar pulmonar se realizó con Ligasure® y Endoclips a bronquios. Sin complicaciones peri-operatorias. Ambos extubados en el postoperatorio inmediato. Un meta-análisis concluyó que ambas técnicas son comparables en complicaciones postoperatorias y tiempo quirúrgico. La técnica toracoscópica es tan efectiva como la abierta en patología congénita pulmonar. Evitando además las complicaciones derivadas de una toracotomía. Si bien nuestra casuística es aún inicial, no hubo complicaciones asociadas al acto quirúrgico por tanto proponemos la lobectomía toracoscópica como abordaje inicial de elección en este tipo de malformaciones.

LINFANGIOMA QUÍSTICO INTRABDOMINAL EN LACTANTE MAYOR.

Schwaner Avila, A., Nome Farbinger, C., Leal Werner, MJ. Pincheira Figueroa L. Moya Ochoa C

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Regional Hernán Henríquez Aravena. Temuco

Introducción: Linfangioma Quístico Abdominal (LQA) es un raro tumor congénito de origen linfático; mas frecuente en edad pediátrica, cuya localización mas frecuente en cuello y axila, pero rara en otras, como la intrabdominal.

Descripción del caso: Paciente sexo femenino, 2 años 11 meses; antecedentes de constipación esporádica. Consulta por cuadro 1 semana de evolución de constipación progresiva, distensión, dolor abdominal y fiebre. Al examen destacaba en regulares condiciones, decaída e irritable, afebril, hidratada y bien perfundida. Abdomen muy distendido, doloroso difuso, con resistencia importante, RHA(-). Hemograma y PCR normales. Se decide exploración quirúrgica demostrando gran masa quística que ocupa toda la cavidad peritoneal, de pared gruesa dando salida a contenido achocolatado (1Lt). Se reseco y envió a biopsia, informando Linfangioma Quístico. Revisión del tema: El LQA es un raro tumor congénito de origen linfático, de carácter benigno y estructura quística, de superficie interna lisa endotelial y contenido liquido claro, quilosos o hemorrágico. La localización abdominal se ha descrito en el 2-8%; mas frecuente en intestinos delgado (60%) y grueso, bazo, páncreas, hígado, glándula suprarrenal, escroto, mesenterio (<1%) No produce cuadro clínico típico. Los síntomas se deben a la presencia de la masa quística abdominal que al crecer puede comprimir estructuras adyacentes provocando dolor abdominal, obstrucción intestinal, desplazamiento de riñones, uréteres o de la vascularización abdominal. Otros síntomas se deben a las complicaciones como torsión del quiste o ruptura del mismo, con o sin peritonitis. El examen físico puede ser de gran ayuda, palpándose una masa de límites bien definidos y parcialmente móviles. Pruebas de imagen (ECO y TAC) contribuyen al diagnóstico, determinando además con mayor precisión el origen y localización de la masa. Su tratamiento es quirúrgico con resección del mismo. El diagnóstico definitivo lo da el estudio histopatológico de la pieza. Si la resección es incompleta, puede recidivar

LESIONES PERIANALES EN NIÑOS ONCOLÓGICOS SOMETIDOS A QUIMIOTERAPIA

Alberto Miño Barrera, Francisco Saitúa Doren

Hospital Luis Calvo Mackenna

Los niños sometidos a quimioterapia por patologías oncológicas son susceptibles de presentar lesiones perianales, tales como; las fisuras, fístulas, abscesos, celulitis, verrugas, condilomas, las cuales frecuentemente no son pesquisadas oportunamente. El presente trabajo pretende describir las distintas lesiones en esta región y determinar la prevalencia de estas en este grupo de pacientes. Se realizó un estudio de colección retrospectivo de datos desde el año 2006 hasta el 2011, pesquisando los pacientes que presentaron lesiones en la región perianal en el Hospital Luis Calvo Mackenna, siendo excluidos en el estudio los niños que recibieron radioterapia.

Resultados: De un total de 447 niños oncológicos ingresados desde el año 2006 hasta el 2011, se pesquisaron 15 niños con lesiones perianales atribuibles al periodo de inmunosupresión, lo que equivale al 3% de los niños. Siendo las fisuras anales la entidad más frecuente. Dos de ellos con evolución tórpida que requirieron tratamiento quirúrgico. El resto de los pacientes solo requirieron tratamiento médico

Discusión: El manejo multidisciplinario de los niños inmunodeprimidos es vital, para un correcto manejo de las lesiones, tanto como prevenir la aparición de estas. Existe en la actualidad diversos tratamientos dependiendo del tipo de lesión, en el Hospital Calvo Mackenna se encuentra un protocolo de manejo ante estas lesiones. Pero aún falta mejorar el registro de estas patologías como de sus características.

INVAGINACIÓN SIGMOIDES-RECTAL POR PÓLIPO JUVENIL ÚNICO

Soledad Lopetegui Castillo, Ángela Ojeda Sandoval

Clínica Bicentenario

Paciente niño de 2 años con historia de presentar hace dos meses en forma intermitente deposiciones con estrías de sangre. Afebril, sin diarrea, sin constipación ni rechazo alimentario. Se estudió con hemograma, pruebas de coagulación y exámenes de deposiciones, siendo normales. Consulta por cuadro de 3 días de dolor abdominal tipo cólico con periodos asintomáticos. En las últimas horas comienza con dolor cólico intenso, sin vómitos y se observa un aumento de volumen violáceo a través de orificio anal. Al examen físico destaca abdomen blando, doloroso en FII. No se palpa masa. En ano presenta masa de consistencia gomosa, violácea, 3cm de diámetro, protruyendo por recto. Tacto rectal doloroso con rodete inflamatorio impresionando como invaginación. Ecografía muestra invaginación desde colon sigmoides hacia recto. Asas intestinales y resto de marco colonico normal. Se realiza cirugía a través de laparotomía media infra umbilical, encontrándose colon sigmoides edematoso, congestivo, completamente invaginado hacia recto. Se desinvagina de forma no traumática, encontrando pólipo sigmoideo de 3 x 3 cm, torcido, violáceo como cabeza de invaginación. Se extirpa a través de enterotomía transversa en borde antimesenterico. Biopsia confirma pólipo juvenil. Los pólipos juveniles son lesiones benignas, frecuentemente ubicadas en colon que ocurren en 1% al 2% de los niños, usualmente entre 4 a 14 años. En el 70% de los casos, el pólipo es solitario. Sus mayores complicaciones son la hemorragia digestiva baja y el prolapso a través del ano. El 90% de ellos se encuentran en colon sigmoides o recto, siendo la invaginación una forma poco usual de presentación; considerando además que sólo un 5% a 10% de las invaginaciones presenta punto guía, esta presentación clínica es muy poco frecuente.

INSENSIBILIDAD ANDROGENICA. CASO CLÍNICO

Dra. Gloria Urbina, Dr. Uchal, Dr. Padilla, Dr. Becar, Dr. Miño

Hospital Luis Calvo Mackenna

Introducción: Los trastornos de la diferenciación sexual son un grupo de patologías de difícil manejo, por años la disconformidad de género alcanza hasta un 60% en algunas series. La insensibilidad androgénica consiste en un paciente con genotipo xy con fenotipo femenino, pero con ausencia de órganos interno femeninos y los 2/3 superiores de la vagina, por falta respuesta a la testosterona. El manejo desde el punto de vista quirúrgico consiste habitualmente en una vaginoplastia, pero esta como alternativa el manejo conservador, obteniendo resultados favorables.

Caso Clínico: Presentamos el caso clínico de una paciente con síndrome de insensibilidad androgénica, con biopsia que mostró testículos bilaterales. A los 11 años inicia dilataciones. Hoy con 14 años, logra elongación hasta 8 cm, con Haegar 16. Se descarta cirugía y se decide mantener manejo médico.

Conclusiones Las pacientes con insensibilidad androgénica, presentan fenotipo femenino asociado a una genética xy, con genitales externos femeninos pero con ausencia de genitales internos y los 2/3 superiores de la vagina, debido a la presencia adecuada de hormona antimulleriana. Estas pacientes no sufren impregnación encefálica con testosterona, habitualmente presentan adecuada aceptación de género femenino. Como tratamiento se han realizado múltiples procedimientos quirúrgicos, hasta que en 1985 se instaura la técnica de vaginoplastia con sigmoides, con aproximadamente 30% de complicaciones (estenosis y prolapso). El manejo conservado consiste en la dilatación y elongación progresiva de la vagina hasta alcanzar medidas normales, es planteable en pacientes con vagina permeable, con favorables resultados y conformidad de las pacientes.

Infección grave por germen lacustre de herida abdominal.

Los traumatismos representan la primera causa de muerte en el niño mayor de 2 años. El constante aumento en frecuencia, gravedad y complejidad del trauma, han hecho aparecer complicaciones asociadas de mayor morbimortalidad. Una de ellas son las infecciones por gérmenes de gran agresividad, ej Streptococo beta hemolítico tipo A, Stafilococo Aureus, etc.

Se presenta el caso clínico de un niño de 6 años con herida abdominal punzante, ocurrida en las aguas de un lago, complicada precozmente con la sobreinfección por Aeromonas

Se revisa y discute la microbiología del germen y el manejo de las heridas infectadas por esta bacteria.

HERNIA UMBILICAL ESTRANGULADA, PRESENTACIÓN DE UN CASO

David Schnettler Rodríguez, Consuelo Butler Rojas, Natalia Castro, Sebastián Cabezas

Universidad Católica del Maule. Hospital Regional de Talca

Introducción: Se presenta caso clínico de hernia umbilical que presentó atascamiento y estrangulación, requiriendo resección de segmento de intestino, debido a lo poco frecuente de esta complicación.

Descripción del caso: menor de sexo masculino, 1 año y dos meses de edad, antecedentes de recién nacido de término, portador de Síndrome de Down, sin cardiopatía, caída del cordón a los 10 días de vida, portador de hernia umbilical con anillo de 1 cm de diámetro, que se mantenía en control. En Enero de 2012, consultó por cuadro de 12 horas de evolución, caracterizado dolor abdominal, vómitos biliosos y enrojecimiento de su hernia umbilical. La radiografía de abdomen, demostró signos de obstrucción intestinal. Se intervino quirúrgicamente, encontrándose hernia estrangulada con necrosis de 5 cm de íleon, se realizó resección y anastomosis término - terminal, más cierre de hernia. En el postoperatorio, se le administró amikacina y metronidazol por 7 días EV. y se reinició alimentación al 4° día, sin dificultades. Control post alta sin complicaciones.

Revisión del tema: Las hernias umbilicales son una de las patologías más frecuentes en lactantes y niños. La historia natural de la hernia umbilical es el cierre espontáneo en la mayoría de los casos, antes de los primeros cinco años de vida y se considera que sus complicaciones son extremadamente raras. El atascamiento es raro en la infancia, se estima que ocurre en 1 de cada 1500 casos, y la estrangulación es aún menos frecuente. Sin embargo, en vista de la remota posibilidad de estrangulación, se concluye como recomendación, que se les entregue a los padres, la recomendación de que estén atentos a los síntomas tempranos de complicación que pudieran manifestarse.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DERECHA EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS PARCIAL

Weibel A, Pino C, Aliaga J, Echeverría P, Muñoz V

Hospital Regional Antofagasta

Introducción: Se presenta el caso clínico de una paciente con hernia diafragmática derecha de Bochdaleck, la cual también presentaba un situs inversus parcial.

Caso Clínico: Paciente Femenina RNT con Sd. de Down, en periodo neonatal se hospitaliza en Neonatología por dificultad respiratoria adaptativa, se estudia con Rx. de tórax y ecocardiograma ambos normales, en su hospitalización presenta colestasia, se estudia con eco abdominal que informa agenesia vesicular, se realiza cintigrama hepático normal y colestasia cede espontáneamente, es dada de alta en buenas condiciones. A los 4 meses reingresa por cuadro de cianosis al llanto y dificultad respiratoria, se toma Rx. que muestra imagen compatible con asas intestinales en campo pulmonar derecho, se realiza interconsulta a cirugía pediátrica. Se evalúa paciente y se solicita ecografía abdominal con diagnóstico de HDC derecha mas situs inversus, la ecografía confirma situs inversus abdominal. Se realiza reparación de hernia por vía abdominal encontrando hernia diafragmática con ascenso de asas de intestino delgado y grueso, bazo y lengüeta hepática en la cual se encontraba la vesícula biliar. Paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta a los pocos días, en su hospitalización se realiza nueva ecocardiograma que resulta normal.

Discusión. Si bien el situs inversus es una entidad poco frecuente 1/10.000 es importante tenerla en consideración para decidir un adecuado abordaje quirúrgico, en este caso se destaca la sospecha precoz a pesar de tener ecocardiograma, cintigrama hepático y ecografía abdominal anteriores en los cuales no se informaba dicha condición.

GASTROSTOMÍA DE JANEWAY. UNA ALTERNATIVA VIGENTE PARA MANEJO DE GASTROSTOMÍA DISFUNCIONAL

Saitua F., Puentes MC, Silva A.

Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna

INTRODUCCION: La gastrostomía es una técnica quirúrgica en teoría sencilla, pero asociada complicaciones por lo que se prefiere realizar con técnicas menos invasivas que tienen menor morbimortalidad. Sin embargo, en algunos pacientes con gastrostomías disfuncionales de difícil manejo se debe tener en cuenta este procedimiento para su manejo definitivo **CASO:** Paciente de 2 años, con antecedentes de desnutrición crónica, retraso del desarrollo psicomotor global, epilepsia en tratamiento y RGE con trastorno de deglución operado (Nissen con gastrostomía laparoscópica). 10 meses post procedimiento presenta cuadro de vómitos persistentes. Se realiza Rx EED que demuestra RGE severo y EDA donde se visualiza esófago normal con funduplicatura in situ y gastrostomía sin alteraciones. Evoluciona con disfunción de gastrostomía asociada a filtración con vómitos persistentes por lo que se realiza reposicionamiento de Gastrostomía con técnica endoscópica percutánea A los 5 meses post procedimiento consulta por filtración de gastrostomía que no responde a medidas generales. Se instala una SNY de alimentación Transitoria y al mes botón de gastrostomía con técnica de Stamm abierta reposicionando estoma. Paciente evoluciona nuevamente con filtración de Gastrostomía de difícil manejo por lo que se realiza Gastrostomía quirúrgica con técnica de Janeway utilizando Stappler para construcción de túnel de pared gástrica sin incidentes. Menor evoluciona a la fecha sin nuevas complicaciones.

DISCUSION: La gastrostomía quirúrgica está indicada en pacientes que precisan soporte nutricional a largo plazo por vía enteral y en los que no se han podido realizar las técnicas percutáneas. Cuando se compara la gastrostomía quirúrgica con otros tipos de gastrostomía se observa que con esta técnica se obtienen tasas de éxito mayores, y se consigue realizar la gastrostomía casi en el 100% de los pacientes. Por otro lado el uso de herramientas como el Stappler facilita la realización de esta técnica quirúrgica disminuyendo la duración del procedimiento y su morbilidad.

GASTROSQUISIS EN CIERRE, PRESENTACIÓN DE CASOS.

Francisco Saitua, Puentes MC, Blanco A, Vásquez H

Luis Calvo Mackenna

Introducción: la gastrosquisis es un defecto paraumbilical de la pared abdominal, por el que hay prolapso intestinal o de otras vísceras, que además puede complicarse con el cierre del defecto, provocando isquemia del intestino exteriorizado. Diferentes estudios ecográficos apuntan a la identificación de dilatación de asas intestinales intra-abdominales mayor a 20 mm. como marcador de atresia en gastrosquisis lo que puede sugerir un proceso de cierre del defecto

Descripción de casos: se discuten 3 casos con gastrosquisis en cierre, en diferentes estados evolutivos. Todos son prematuros adecuados para la edad gestacional, el primero nace con intestino con aspecto isquémico, con doble atresia intestinal. Evoluciona con síndrome de intestino corto y fallece por una complicación del mismo. El segundo nace con asas de aspecto necrótico, con triple atresia intestinal. Evoluciona con intestino corto, actualmente sigue en las mismas condiciones a los 8 meses. En buenas condiciones. y el tercer caso nace con intestino evanescente, fallece precozmente En ninguno de estos pacientes hubo sospecha de complicación de la gastrosquisis

Revisión del tema: La morbi-mortalidad de niños con gastrosquisis está influenciada por la condición y el largo del intestino al nacimiento. Debe haber un seguimiento estricto ecográfico fetal enfocado en el estudio y detección precoz de la dilatación de asas intestinales intraabdominales como predictor del cierre del defecto, con el fin de interrumpir el embarazo para corregir la complicación, o bien para realizar un tratamiento in-útero. Hay estudios que proponen que la dilatación de asas intestinales de más de 2 cm en un corte transversal, sería un marcador de mal pronóstico, correlacionándose con la presencia de una atresia intestinal. Se debe enfocar el estudio hacia la identificación de otros marcadores de cierre precoz de la pared abdominal y en soluciones terapéuticas antes que se produzca la pérdida del intestino comprometido.

**ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE Y SÍNDROME DE INTESTINO ULTRA CORTO. A
PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**

Urbina M., Bravo D, Romero M, Letelier A.

Hospital de La Serena

La enterocolitis necrotizante (ECN) es una enfermedad grave que afecta a recién nacidos, en especial prematuros, con una incidencia y morbimortalidad elevados. Constituye la urgencia quirúrgica más frecuente en las UCI neonatales. Se presenta como un síndrome gastrointestinal y sistémico que comprende síntomas variados y variables, como distensión e hipersensibilidad abdominal, sangre en heces, intolerancia a la alimentación, apnea, y en casos avanzados acidosis, sepsis, CID y shock. Una de las principales complicaciones a largo plazo en que resulta esta patología es el síndrome de intestino corto, a causa de las múltiples resecciones intestinales a los que son sometidos estos recién nacidos, y que puede resultar en graves alteraciones metabólicas y nutricionales. Se presenta el caso clínico de un RN de pretérmino producto de RPO, a través de parto prematuro vaginal a las 29 semanas. Desarrolló ECN al 5° día de vida, siendo sometido a 6 intervenciones quirúrgicas (resección intestinal y luego reconstitución de tránsito), resultando con un total de intestino desde el ángulo de treitz al recto de 30 cms., con mala calidad del mismo y zonas de estenosis de antiguas ostomías. Se considera el caso un desafío importante del punto de vista metabólico/nutricional debido al síndrome de intestino ultracorto, y se presenta con el objeto de generar debate respecto a directrices de tratamiento a largo plazo.

**DUPLICACIÓN INTESTINAL COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA.
REPORTE DE UN CASO**

Johnson N, Bag M, Mena JA, González I, Opazo C

Universidad de Valparaíso - Hospital Dr. Gustavo Fricke

Introducción: Las duplicaciones intestinales tienen una incidencia de 0,2% en niños. La clínica es inespecífica y el diagnóstico preoperatorio no es fácil, lo que en la actualidad está variando gracias a los estudios de imágenes. Reportamos un caso de duplicación de íleon terminal que se presentó como hemorragia digestiva y cuyo diagnóstico se facilitó por estudios de imágenes. Caso Clínico Lactante de 2 meses, sin antecedentes mórbidos. En control pediátrico se detecta mal incremento ponderal, sin otros síntomas. Laboratorio muestra anemia leve y sedimento de orina sugerente de infección urinaria (ITU). Se deriva a nuestro hospital para completar estudio. Inicia tratamiento de ITU, tras una semana presenta cuadro diarreico agudo asociado a hematoquezia. Al examen físico: compromiso estado general, distensión abdominal, sin masas palpables. Estudio de laboratorio: descarta síndrome Malabsortivo, coprocultivo y toxina C. difficile negativos. Evaluación inicial por equipo de Cirugía descarta urgencia quirúrgica. Se complementa estudio con Endoscopia Digestiva: sin alteraciones y Cintigrafía: sangrado activo de íleon. Presenta dos episodios de deposiciones melénicas, con compromiso hemodinámico y necesidad de transfusión. Estabilizado se decide Laparotomía Exploradora. Se encuentra en borde mesentérico de íleon, a 20cm de válvula ileocecal, segmento de duplicación de 30 cm y que termina ciego en ambos extremos. Zona engrosada e inflamada de duplicación adherida a colon transverso, con fistulización incipiente, sin perforaciones macroscópicas. Estudio anatoma-patológico confirma duplicación intestinal con revestimiento interno de mucosa gástrica corporal. Evoluciona favorablemente, realimentación al 7° día postoperatorio, con buena tolerancia; disminución de deposiciones líquidas, sin nuevos episodios de hemorragia. Conclusión El diagnóstico de duplicación intestinal sigue siendo un desafío, por los diferentes modos de presentación y baja frecuencia. En el caso que presentamos fue necesario descartar varias patologías antes de llegar al diagnóstico final y la Cintigrafía fue el estudio más orientador, permitiendo elaborar un plan de manejo.

DUPLICACIÓN ILEAL QUÍSTICA NO COMUNICANTE COMPLICADA. CASO CLÍNICO

Sierralta Born MC, Sepúlveda Martínez V, Dolz Alvarado A.

Servicio de Cirugía, Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago de Chile.

Introducción. Las duplicaciones del tracto gastrointestinal son lesiones congénitas poco comunes con una incidencia reportada de 1 en 4500 niños. El íleon es la localización más frecuente, involucrando más del 40% de los casos. Son estructuras quísticas o tubulares, delineadas por epitelio, adheridas a la pared del tracto gastrointestinal con o sin comunicación y generalmente con irrigación mesentérica común. En el presente reporte se presenta el caso de un preescolar con duplicación ileal quística no comunicante complicada.

Descripción del Caso Paciente de sexo femenino de 2 años 9 meses consulta en servicio de urgencia por cuadro de dolor abdominal súbito, asociado a vómitos biliosos y fiebre. Al examen con signos de abdomen agudo localizado en hemiabdomen derecho. Con diagnóstico presuntivo de apendicitis se solicita ecografía abdominal sugerente de duplicación intestinal. Se realiza laparoscopia exploradora que no es concluyente. Se decide convertir a laparotomía media supra e infra umbilical, identificándose duplicación ileal de tipo quística, intramesentérica, sin comunicación con tubo digestivo, con proceso inflamatorio periférico que origina una subobstrucción ileal. Se reseca la duplicación en bloque incluyendo al intestino adyacente y mesenterio común, se realiza anastomosis T-T y apendicetomía sin incidentes. El diagnóstico histopatológico describe duplicación ileal quística revestida de mucosa foveolar y antral gástrica, focalmente con desarrollo de vellosidades de tipo intestinal. En el postoperatorio, evoluciona favorablemente, sin complicaciones, con control ambulatorio sin incidentes.

Revisión del tema Las duplicaciones intestinales son anomalías infrecuentes y aparecen como patología habitualmente en la infancia. La duplicación intestinal de tipo quística no comunicantes son extremadamente inusuales. El tratamiento de esta patología es quirúrgico, debido a sus potenciales complicaciones: inflamación, obstrucción, hemorragia. Consiste en la resección completa en bloque incluyendo el segmento intestinal adyacente y su mesenterio.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE LA VÍA AÉREA PULMONAR(MCVAP) , REPORTE DE 2 CASOS

Dr. Uchal Saavedra C., Dr. Blanco Martínez A.

Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago ,Chile

INTRODUCCION: Cuando evaluamos un RN con sospecha de MCVAP, siempre debemos considerar algunos diagnósticos diferenciales, como el Enfisema Pulmonar Intersticial (EPI) entre otros, esta patología suele presentarse en prematuros, producto de un barotrauma y puede ser transitoria.

OBJETIVO: Reporte de 2 casos, con sospecha diagnóstica de MCVAP, que fueron tratados en nuestro Hospital, en los que se planteó el diagnóstico diferencial de Enfisema Pulmonar Intersticial (EPI).

CASO CLINICO 1RNT 37 sem., AEG. Distress respiratorio al 1° día de vida. Evolucionan con deterioro respiratorio y neumotórax bilateral, requiriendo drenajes y ventilación mecánica. Radiografías y TAC de tórax al 17° día sugieren MCVAP de Lóbulo Superior Izquierdo. Se explora quirúrgicamente el día 27 de vida encontrando un pulmón de aspecto normal, realizamos biopsia informada como tejido pulmonar normal. En el post operatorio hay mejoría clínica y radiológica progresiva. Es dado de alta con diagnóstico de "Atrapamiento pulmonar transitorio".

CASO CLINICO 2RNPT 32 sem., PEG, 1670 gr. Cursa con membrana hialina, requiere ventilación mecánica, se retiró de O2al 9° día. El día 17 de vida presenta polipnea y taquicardia. Rx y TAC torácicos muestran imágenes radiolúcidas y quísticas de lóbulo superior izquierdo. Decidimos una conducta conservadora y la evolución clínica y radiológica fue a la mejoría, con regresión y desaparición de las imágenes quísticas, Alta al 26° día de vida con diagnóstico de Enfisema Intersticial Izquierdo recuperado

Conclusión: Frente a un RN con sospecha de una MCVAP o de un Enfisema lobar congénito, es importante considerar otros diagnósticos o fenómenos patológicos. El Enfisema Pulmonar Intersticial localizado o difuso, suele ser de carácter transitorio y se confunde con una malformación pulmonar. Su conocimiento puede evitar el tratamiento quirúrgico y la eventual resección pulmonar en un neonato que además suele ser prematuro.

DERIVACIÓN VENTRÍCULO VESICULAR COMO TRATAMIENTO DE DISFUNCIÓN VALVULAR RECURRENTE

Sepúlveda Martínez V., Saitua Doren F., Marengo Olivares J.

Hospital Luis Calvo Mackenna, Instituto de Neurocirugía, Universidad de Chile

Introducción. La derivación ventrículo peritoneal (DVP) es el tratamiento de elección para la hidrocefalia. Las DVP pueden presentar disfunción y requieren sitios de drenaje alternativo. En caso de peritonitis, pseudoquiste peritoneal, embarazo y/o ascitis 2º a infección de la derivativa, se debe considerar el uso de otra cavidad como reservorio. Presentamos un paciente con disfunción DVP crónica al que realizamos una derivación ventrículo vesicular (DVV).

Caso clínico. Paciente con hidrocefalia 2ª a hemorragia intracraneana. Inicialmente se instaló DVP. Presentó 5 cuadros de ventriculitis, manejándose con antibiótico y cambio de DVP en distintas ubicaciones del peritoneo. A los 18 meses se realiza rehabilitación peritoneal y reinstalación de DVP. Seis meses después presenta ventriculitis y disfunción valvular, realizándose DVV. La derivación se instala en el fondo vesicular, fijándola con doble garetta. La evolución en 18 meses ha sido satisfactoria. Por sospecha de disfunción, en dos ocasiones hemos realizado control radiológico con contraste inyectado en el reservorio occipital, verificando el correcto drenaje en la vía biliar.

Discusión. La DVP es el procedimiento de elección en la hidrocefalia. En el 5% de los pacientes que presentan disfunción valvular se deben buscar distintas alternativas de drenaje. La vesícula biliar es una buena opción debido a su capacidad absorbente que le permite manejar hasta 1500cc diarios, un excelente drenaje a través de la vía biliar, facilidad de control radiológico y presiones vesiculares inferiores al sistema ventricular. El procedimiento es simple de realizar y bien tolerado. Las complicaciones son poco frecuentes (litiasis, filtración biliar, atonía vesicular). Recomendamos el shunt ventrículo vesicular como alternativa de derivación del LCR en casos de disfunciones de DVP a repetición.

CONTROVERSIAS EN EL MANEJO CONSERVADOR DE HIPERINSUFLACIÓN LOBAR CONGÉNITA.

Garrido Flores, M. (1), Acevedo González, S. (1); De La Rosa Manríquez, A. (1); Núñez Cámara M. (2); Lozcano Burgos, C (3).

Introducción: La hiperinsuflación lobar congénita (HLC), también denominado enfisema lobar congénito, es una enfermedad pulmonar rara, donde la hiperinsuflación de un lóbulo pulmonar genera efecto de masa. Se puede presentar desde el periodo antenatal hasta la adultez, con casos asintomáticos hasta pacientes con severos síntomas cardiopulmonares. Su manejo tradicional consiste en lobectomía. Con el desarrollo del diagnóstico prenatal, imágenes y técnicas de cirugía mínimamente invasiva, se ha propuesto manejo conservador.

Caso Clínico Recién Nacido de 10 días hospitalizado por conjuntivitis izquierda. Tras 48 horas inicia taquipnea y dificultad respiratoria. Exploración física normal. Radiografía de tórax destaca hiperlucidez pulmonar en lóbulo superior derecho (LSD), desplazamiento mediastínico hacia izquierda y atelectasia de lóbulo medio. Tomografía computada revela HLC. Traslado a Unidad de Cuidado Intermedio, aumenta dificultad respiratoria y requerimientos de oxígeno. Cirugía al 17° día. Durante inducción anestésica presenta bradicardia sinusal iniciándose protocolo de reanimación avanzada y toracotomía de urgencia. Ausencia de herniación por estallido pulmonar sobre bula en LSD. Se concreta lobectomía superior derecha. Manejo inicial en Unidad de Cuidado Intensivo, en ventilación mecánica y con apoyo de vasoactivos. Evolución posterior favorable. Alta al 27° día sin complicaciones.

Revisión de la literatura. Estudios recientes se inclinan a favor del manejo conservador en aquellos pacientes asintomáticos con hallazgo incidental de HLC, por la posible regresión de la lesión, sumado a los riesgos que confiere la toracotomía y la resección pulmonar. Sin embargo, la observación prolongada posee ciertas desventajas: vigilancia, altas tasas de infección conllevando dificultad técnica en la cirugía, exposición innecesaria a radiación, eventual desarrollo neoplásico y riesgo de emergencia cardiopulmonar. La cirugía precoz ofrece ventajas de recuperación postoperatoria más rápida, y posibilidad de crecimiento pulmonar compensatorio en un pulmón que continúa desarrollándose en periodo postnatal. Deben considerarse estos factores en la toma de decisiones en pacientes con HLC.

COMPLICACIÓN DE LA TÉCNICA SIMIL-EXIT PARA GASTROSQUISIS: HERNIA INCISIONAL.

Nome Farbinger, C, Schwaner Ávila, A. Pincheira Figueroa, L. Leal Werner. MJ. Suarez Medrano, D

Servicio de cirugía Pediátrica, Hospital Regional Hernán Henríquez Aravena. Temuco

Introducción: La técnica de símil-EXIT para el tratamiento de gastrosquisis en pacientes seleccionados, busca disminuir la morbimortalidad en esta patología. Pero no esta exenta de complicaciones.

Descripción del caso: Pacientes de sexo femenino con diagnostico prenatal de gastrosquisis. Se realizó técnica de símil-EXIT con éxito, cursa con íleo prolongado requiriendo alimentación parenteral 28 días, completando un mes hospitalización en neonatología. Se controla ambulatorio al mes 11 días, encontrando hernia umbilical incisional, 4 cm de diámetro, re-interviniéndose 1 mes después, realizando herniorrafia y plastia de ombligo. Controles posteriores sin complicaciones a la fecha. Revisión del tema: La prevalencia de gastrosquisis continúa en incremento, afectando a embarazadas más jóvenes. Detección prenatal, adecuado manejo perinatal y tratamiento quirúrgico precoz, contribuyen a reducir la morbimortalidad en esta patología. Las estrategias quirúrgicas para su tratamiento, han evolucionado el último tiempo, pero con evidencia limitada y sin consenso actual respecto a cual es mejor. El símil-EXIT es una técnica novedosa, simple y sencilla de reproducir, que consiste en reducir la totalidad de las vísceras con el soporte de la circulación feto-placentaria, evitando la demora entre el nacimiento y la resolución quirúrgica, y la deglución del aire durante el llanto, procesos que pueden interferir negativamente en dicha reducción. Una vez reducidas las asas, se secciona el cordón y se realiza reparación del defecto de pared con anestesia local en cuna de procedimientos, realizando cierre por planos con puntos separados de material reabsorbible grueso. Esto se dificulta en un niño despierto y activo que comienza a llorar y a moverse. Un cierre dificultoso trae consigo, eventuales complicaciones como hernia incisional a futuro, como ocurre en el caso aquí descrito.

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN PACIENTE CON VALVULA DE DERIVACION VENTRICULOPERITONEAL, PRESENTACION DE UN CASO

Sandra Flores, Andrea Poblete, Oscar Ramos

Hospital Clínico Herminda Martín

Introducción: La colecistectomía por vía laparoscópica es la técnica de elección para el tratamiento de la colecistitis en pacientes pediátricos, en la actualidad las contraindicaciones para la elección de la vía son cada vez menores.

Descripción del caso: Se trata de una niña de 15 años portadora de mielomeningocele lumbar operado, válvula de derivación ventrículo-peritoneal, vejiga neurogénica, cirugía en el periodo de lactante por cuadro de obstrucción intestinal, colelitiasis y alergia al látex. Se analiza el caso en conjunto con neurocirujano y cirujanos de adulto, decidiéndose realizar cirugía laparoscópica, previo clampeo de válvula derivativa a nivel cervical durante la cirugía y posterior liberación de la misma después de 4 horas postoperatorias, para evitar neumoencéfalo. La paciente fue intervenida el 28 de mayo del presente en pabellón preparado libre de látex, se realizó cirugía según lo acordado, sin inconvenientes y con tiempo operatorio de 30 minutos, por lo que se decidió desbloquear la válvula derivativa en el intraoperatorio una vez eliminado el neumoperitoneo. La paciente evolucionó satisfactoriamente sin presentar complicaciones neurológicas ni quirúrgicas, por lo que fue dada de alta a las 24 horas.

Revisión del tema: No existe en la literatura un gran número de publicaciones al respecto y las que existen abordan de manera diferente el bloqueo de la válvula, exteriorizándola desde el abdomen o aislándola con algún dispositivo intrabdominal durante el acto quirúrgico. Nos parece que el clampeo de la válvula a nivel cervical, sin exteriorizarla completamente fue sencillo, ya que no requirió insumos especiales, no presentó complicaciones ni aumentó el grado de dificultad de la cirugía, por lo que resulta replicable para otros casos similares

CARCINOMA SUPRARRENAL EN NIÑOS. UN DIAGNOSTICO MUY INFRECIENTE.

Ebensperger Alicia, Hachim Aquiles

Hospital Dr. Sotero del Río

Los tumores malignos de la glándula suprarrenal son muy infrecuentes en la edad pediátrica . Debido a esto poco se sabe acerca de su causa y la influencia de factores genéticos en su desarrollo. En la mayoría de los casos se presentan con síntomas de sobreproducción hormonal y masa palpable. El diagnostico histológico es dificultoso y la base del tratamiento es la cirugía y quimioterapia como coadyuvante ; siendo claves en el pronostico la edad, el estadio y la producción hormonal del tumor. Se discuten 2 casos clínicos de distinta presentación , diagnosticados y tratados en nuestro hospital en el último año. Ambos fueron tratados con resección completa del tumor y quimioterapia según protocolo St. Jude. Una de las pacientes tuvo una recidiva local que requirió cirugía y nueva quimioterapia. Se discute el enfrentamiento de los casos, la dificultad del diagnostico histológico, el manejo quirúrgico y el protocolo de quimioterapia y seguimiento, haciendo un paralelo con la revisión de la literatura

CARCINOMA DE COLON EN NIÑOS: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Ebensperger Alicia, Hachim Aquiles

Hospital Dr. Sotero del Río

El carcinoma colorrectal es un tumor muy raro en niños. Sus síntomas son inespecíficos y por su rareza su diagnóstico es tardío. Se presenta caso clínico manejado en nuestra institución; haciendo énfasis en el diagnóstico y manejo quirúrgico agresivo. Caso clínico: paciente 11 años de edad, con antecedente neurofibromatosis tipo I, que presenta cuadro de compromiso estado general, dolor abdominal y diarrea, con masa palpable al examen físico. Estudio de imágenes muestra masa en flanco izdo. y 4 nódulos hepáticos. Biopsia compatible con adenocarcinoma tubulovelloso moderadamente diferenciado. Se realiza hemicolectomía izda. ampliada y biopsia de lesiones hepáticas que son informadas como metástasis. Se realizan 6 ciclos de QT previo a resección de metástasis, y luego se completa tratamiento adicionando bevacizumab (AVASTIN) por nuevas lesiones hepáticas, requiriendo una segunda resección de metástasis a los 9 meses de la primera. Paciente evoluciona libre de enfermedad, a 3 años del diagnóstico; fecha en que presenta síndrome convulsivo secundario a glioblastoma multiforme que se reseca en forma parcial, falleciendo a los 3 meses de tratamiento de tumor cerebral. Se discute manejo del caso y literatura que asocian ambos tumores.

CARCINOMA COLORRECTAL DE CÉLULAS CLARAS, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Pedro Ziede Díaz, Edmundo Ziede Rojas

Clínica Antofagasta

Introducción: Los tumores epiteliales, especialmente adenocarcinomas constituyen la vasta mayoría de cánceres colorrectales, el carcinoma de células claras es inusual.

Descripción de un caso: Paciente de 4 años, sin antecedentes mórbidos. Presenta en forma súbita prolapsos de masa rectal sangrante, sin otros síntomas. Se evalúa en el Servicio de Urgencia, se constata la presencia de una masa rectal prolapsada sangrante similar a un pólipo rectal de unos 10 cms. de largo por unos 2.5 cms. de diámetro. Se lleva a pabellón. Se aprecia masa prolapsada. la cual se reduce. Se realiza la extirpación completa de la masa que se encuentra a unos 12 cms. del borde anal. Se extirpa sin complicaciones y se liga la base. Se envía a biopsia. La paciente evoluciona satisfactoriamente y dada de alta a las 48 hrs. post cirugía. Se recibe informe de biopsia que señala: Recto biopsia de lesión polipoidea" Tumor no epitelial sólido de disposición alveolar con extensa necrosis, hemorragia y ulceración superficial. Extendido focalmente a la base de sección. Pendiente el resultado definitivo de la biopsia inicial, con alta sospecha que sea un carcinoma de células claras. Se deriva a Santiago, en donde se realizan exámenes de extensión que resultan normales, se reopera al paciente realizando una resección parcial de recto y meso, quedando con una colostomía, resultado de biopsia operatoria normal. Se realiza un curso de quimioterapia, con buena evolución.

Discusión: Destaca la aparición súbita de la masa rectal sin síntomas previos como rectorragia. La presencia de un carcinoma de células claras en recto es menor a un 0,1%. El carcinoma de células claras habitualmente se presenta como lesión 2^{da} de órganos que derivan del sistema mülleriano, principalmente riñón, por lo tanto siempre se debe realizar un completo estudio de extensión, y cirugía ampliada.

ATRESIA DUODENAL EN MENORES DE 1200GR. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

Verónica Sepúlveda Martínez , Consuelo Sierralta Born, Adolfo Dolz Alvarado, Francisco Saitua Doren

Hospital Luis Calvo Mackenna, Universidad de Chile

Introducción: La atresia duodenal presenta una incidencia de 1-2,5 por 10.000 RNV. Un 30% se asocia a trisomía 21. Otras malformaciones asociadas corresponden a anomalías pancreáticas, cardiopatías, malrotación intestinal, asociación VACTERL. Puede sospecharse por ecografía prenatal a partir de las 20 semanas de gestación. El diagnóstico se confirma con radiografía abdomen simple. El tratamiento más aceptado es la duodeno-duodeno anastomosis descrita por Kimura. El objetivo es comunicar la sobrevida exitosa en 2 prematuros menores de 1200 gr.

Caso clínico 1:RNPT 30 semanas. Sin antecedentes prenatales. Antecedente de trisomía 21. Presenta mala tolerancia oral desde el nacimiento y residuos gástricos biliosos abundantes. Al examen físico destaca un abdomen sin distensión. La radiografía de abdomen muestra imagen de doble burbuja. Se opera al 5º día de vida con un peso de 1170 gr. Se confirma atresia. Se realiza duodeno-duodeno anastomosis con técnica de Kimura. Evoluciona favorablemente. Inicia alimentación enteral a partir del 5º día postoperatorio, alcanzando un volumen casi total al 9º día postoperatorio, trasladándolo a su hospital de origen.

Caso clínico 2:RNPT 26 semanas. Sin antecedentes prenatales. Presenta mala tolerancia oral desde el nacimiento. Desde el 17º día de vida presenta residuos gástricos abundantes, sin distensión abdominal. Radiografía abdomen con imagen de doble burbuja. Cirugía al 24ª día de vida con un peso 710gr, evidenciando atresia duodenal. Se realiza anastomosis con técnica de Kimura. Evoluciona con inestabilidad hemodinámica y distensión abdominal. Al 4º día postoperatorio la radiografía de abdomen muestra neumoperitoneo. Se reinterviene evidenciando dehiscencia parcial de la anastomosis, que es reparada. Al 10º día postoperatorio inicia alimentación enteral con buena tolerancia.

Discusión: La atresia duodenal es una malformación congénita de baja incidencia, en la que existen escasos reportes de recién nacidos de muy bajo peso. Lo que hace relevante la presentación de estos casos, que además evolucionaron de manera favorable.

ABORDAJE AXILAR PRIMERA COSTILLA/CASO CLÍNICO

Liliete Ruminot, Andrea Ruiz, Patricio Herrera

Hospital Exequiel González Cortés

Introducción: El PNET, (Primitive Neuro-Ectodermal Tumor) son lesiones neoplásicas derivadas de la cresta neural, conocidas antiguamente como Sarcomas de Ewing extra óseos. Aquellos que aparecen primariamente en pared torácica se denominan Tumor de Askin, descrito por este autor en 1979. El objetivo es reportar el abordaje axilar a la primera costilla en paciente portador de tumor de Askin alojado en cara interna de primera costilla izquierda. El interés en este abordaje consiste en la preservación vascular y nerviosa, rápida recuperación funcional y menos secuelas

Caso Clínico: Paciente masculino, 14 años, portador de PNET torácico izquierdo, que debuta con velamiento completo del hemitórax izquierdo. Tras biopsia por mini toracotomía, se realiza quimioterapia por 16 semanas, con regresión tumoral subtotal. Imágenes de control muestran imagen nodular de implantación pleural de 35 x 18 mm que compromete el aspecto interno de primera costilla izquierda. Se realiza resección de parrilla costal izquierda, costillas 1 y 2, más reconstrucción con malla, mediante abordaje axilar izquierdo, sin complicaciones. El tiempo quirúrgico fue de 4 horas. La estancia hospitalaria de 17 días. Postoperatorio inmediato de 2 días en UPC con hemotórax que requiere transfusión de glóbulos rojos y plasma, logrando retirar drenaje al tercer día. Completa 10 días de Antibióticoterapia en unidad oncología por Neumonía Intrahospitalaria, más nuevo ciclo quimioterapia. Alta con buena re expansión pulmonar. En control ambulatorio, solo presenta paresia músculo Supraespinoso izquierdo, compensada

Revisión del tema: El abordaje torácico axilar brinda un acceso seguro y controlado a las primeras costillas, dejando cuidadosamente de lado el plexo braquial, vasos subclavios y axilares. Postoperatorio con recuperación respiratoria rápida, dolor controlable y mantención de funcionalidad de cintura escapular. Se refresca técnica de uso inhabitual, para cirujanos de tórax y generales pediátricos.

ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A PERFORACIÓN GÁSTRICA POR TRICOBESOAR

Rodrigo Contreras, Margarita Aldunate, Catalina Mora, María José Subiabre

Hospital Roberto del Río

Introducción El tricobesoar corresponde a una masa compacta de pelos, ubicada en estomago o intestino. Su origen está relacionado a la ingesta compulsiva de cabello humano, que permanece en el estómago sin ser digerido. Los bezoares en humanos y animales se han conocido desde la antigüedad y eran considerados antídotos de venenos.

Descripción del caso Paciente con dolor abdominal de larga data y ultrasonografía sugerente de cuerpo extraño en cámara gástrica. Sufre trauma de baja energía sobre región epigástrica. En Servicio de Urgencia se solicita Scanner abdominal que muestra imagen sugerente de Tricobesoar. Durante su observación, evoluciona con alza febril, incremento del dolor abdominal, vómitos y mayor compromiso general. Radiografía abdominal, por deterioro general evidencia neumoperitoneo. Se lleva a pabellón observándose perforación gástrica pequeña, con salida de líquido turbio amarillento y peritonitis. Se realiza gastrostomía y extracción completa de gran tricobesoar. Este ocupaba el 90% de la cámara gástrica. Se instala sonda Nasoyeyunal para alimentación precoz. Evoluciona en forma favorable y se da de alta al 8º día en buenas condiciones. Actualmente en control con Salud Mental.

Revisión del tema. Los tricobesoares se producen por trico-fagia, asociado a un movimiento peristáltico inefectivo sobre una superficie lisa, de difícil digestión como el cabello humano. Esto trae consigo la formación de grumos y luego bolas de pelos que son retenidos en la mucosa gástrica. Pueden alcanzar grandes dimensiones y ocasionalmente extenderse hacia el duodeno. Son más frecuentes en mujeres entre los 13 y los 20 años, con trastornos del aprendizaje o patología psiquiátrica. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal y vómitos. Al examen se puede palpar una masa epigástrica, signo llamado Lamerton. Se pueden asociar a anemia, hipoalbuminemia y bajo incremento ponderal. Dentro de las principales complicaciones se encuentran la ulceración, obstrucción intestinal o biliopancreática, perforación, peritonitis y pancreatitis.

**12 AÑOS DE EXPERIENCIA EN MANEJO DE PECTUS EXCAVATUM VIDEOASISTIDO.
SERIE CLÍNICA**

García Riffo María Jesús, Bordón Valdés C, Henry Guerra F, Aguilar Martínez T
HOSPITAL FELIX BULNES CERDA

Introducción: Pectus Excavatum(PE) es la malformación congénita más frecuente de la pared torácica anterior, repercute en el niño que lo padece afectando su salud mental y física, la resolución quirúrgica actual tiende a ser mínimamente invasiva.

Objetivo: dar a conocer nuestra experiencia en el manejo mínimamente invasivo del PE en el Hospital Félix Bulnes Cerda (HFBC) con técnica de Nuss.

Materiales y métodos estudio retrospectivo de una serie clínica consecutiva de pacientes operados con técnica de Nuss videoasistido por PE entre los años 2000 y 2012 en HFBC por un mismo equipo quirúrgico.

Resultados: n= 19, 84%son varones, edad promedio al momento de cirugía 11 años, 53% presentaron sintomatología demostrada en los exámenes preoperatorios, todos con autoestima alterada. Índice de Haller promedio de 3.15. 100% operados por técnica de Nuss videoasistida sin conversión, tiempo quirúrgico promedio 135 minutos, postoperatorio promedio 5 días hospitalizados y seguimiento promedio 3.9 años. Complicaciones (n=2): Un paciente con lesión mínima de pericardio que se controló sin conversión, un paciente con infección local y retiro de barra por exposición de esta. Sin complicaciones a largo plazo. Retiro de barra: 4.2 años en promedio. Resultados estéticos óptimos en todos los pacientes.

Conclusiones: La técnica de Nuss videoasistida ha sido descrita el año 1998 para la corrección quirúrgica del PE y se reproduce en nuestro hospital desde el 2000. En manos experimentadas ha demostrado ser una técnica segura y sin mayores complicaciones. Creemos que es la técnica de elección para la corrección de PE en nuestros niños.