COLEGIO MEXICANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA, A.C.
SOCIEDAD MEXICANA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA, A.C.

ASOCIACIÓN IBEROAMERICANA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

RIVIERA MAYA

Quintana Roo, México

51° CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

10 AL 15 DE SEPTIEMBRE

MESA DIRECTIVA
SOCIEDAD MEXICANA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA Y COLEGIO MEXICANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
2017 - 2019

PRESIDENTE	Dr. Andrés Damián Nava Carrillo
VICEPRESIDENTE	Dr. Antonio Francisco Gallardo Meza
SECRETARIO	Dr. Ricardo Villalpando Canchola
TESORERO	Dr. Jorge Humberto Delgado García
COORDINADOR COMITÉ CIENTÍFICO	Dr. Juan Domingo Porras Hernández

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Daniel Acevedo Polakovich	Dra. Gabriela Ambriz González
Dr. Roberto Arroyo Sánchez	Dra. Teresa Cano Rodríguez
Dr. José Alberto Cibrian Cruz	Dr. Salvador Cuevas Villegas
Dra. Blanda De Castilla Ramírez	Dr. Roberto Dávila Pérez
Dr. Roberto Miguel Damián Negrete	Dr. Mario Díaz Pardo
Dr. Oscar Delgadillo Bono	Dr. Emilio Fernández Portilla
Dr. Carlos Eyselé Pérez	Dr. Armando Flores Barrera
Dr. Samuel Fernández Valiñas	Dra. Karla Vanessa González Díaz
Dr. Manuel Gil Vargas	Dr. Daniel Hernández Arrazola
Dra. Teresa González Fuentes	Dr. Edgar López Virgen
Dr. Fernando González Ledón	Dra. Brenda Moreno Denogean
Dr. José Antonio Ibarra Moreno	Dr. Carlos Dixon Olvera de la Rosa
Dr. Fernando F. Montes Tapia	Dr. Alejandro Peñarrieta Daher
Dr. Arturo Ortega Salgado	Dr. Elias de J. Ramírez Velázquez
Dr. Víctor Portugal Moreno	Dra. Edna Zoraida Rojas Curiel
Dr. Othón Romero Terán	Dr. Alejandro Ruiz Montañez
Dr. Vicente Sánchez Paredes	Dra. Karla Alejandra Santos Jasso
Dr. Edilberto Suárez Nadal	Dr. Rafael Valerio Vázquez
Dr. Eduardo Vásquez Gutiérrez	Dr. Guillermo Victoria Morales
Dra. Sibila Vizueth Ramírez	Dr. Guillermo Yanowsky Reyes

COMITÉ EDITORIAL
Dr. Mario Díaz Pardo

PRESIDENTES DE COLEGIO:	
Colegio De Cirujanos Pediatras Capítulo Chihuahua	Dr. Luis Ricardo García Vázquez
Colegio De Cirugía Pediátrica De Jalisco A.C.	Dr. Rafael Santana Ortiz
Colegio Guerrerense De Cirujanos Pediatras A.C.	Dr. Ramsés Camacho Coronado
Colegio Veracruzano De Cirugía Pediátrica A.C.	Dr. Santiago Hernández Gómez
Colegio De Cirugía Pediátrica De Baja California Y Cirujanos Pediatras De La Frontera	Dr. Pedro Gabriel Chong King
Colegio De Cirugía Pediátrica De San Luis Potosí, A.C.	Dr. Saúl Torres Cervantes
Colegio De Cirujanos Pediatras Del Estado De Michoacán, A.C.	Dr. David Acosta Real
Colegio De Cirugía Pediátrica De Nuevo León, A.C.	Dr. Joel Cázares Rangel
Colegio De Cirujanos Pedatas De Yucatán, A.C.	Dr. Felipe Adrián Sánchez Losa
Colegio De Cirugía Pediátrica Del Estado De Quintana Roo, A.C.	Dr. Franciso José González Durán de León
Colegio De Cirujanos Pediatras Del Distrito Federal A.C.	Dr. Edgar Morales Juvera
Colegio Mexicano De Cirugía Pediátrica Capítulo Hidalgo	Dr. Francisco Gerardo Baños Paz
Colegio De Cirugía Pediátrica De Tabasco A.C.	Dr. Arturo Montalvo Marín
Colegio De Cirugía Pediátrica De Nayarit	Dr. Daniel Alejandro Balderas Gurría
Colegio De Cirugía Pediátrica Del Estado De Sinaloa	Dr. Víctor Javier Ávila Díaz
Colegio Del Cirugía Pediátrica Del Estado De Oaxaca	Dr. Arturo Romeo Cervantes Quiroz

CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

2016–2018

PRESIDENTE	Dr. Hugo S. Staines Orozco
VICEPRESIDENTE	Dr. José Antonio Ramírez Velasco
SECRETARIO	Dr. José Manuel Tovilla Mercado
TESORERO	Dr. César Martinezgarza Artasánchez
COORDINADOR DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN	Dr. Edgar Morales Juvera
VOCALES:	
CIUDAD DE MÉXICO Y ESTADOS VECINOS	Dr. Miguel Alfredo Vargas Gómez
ZONZA CENTRO	Dr. Rosendo Sánchez Anaya
ZONA NOROESTE	Víctor Javier Ávila Díaz
ZONA NORESTE	Dr. Rodolfo Saúl Sepulveda Herrera
ZONA OCCIDENTE	Dra. Hermelinda Espinosa Jiménez
ZONA ORIENTE	Dr. Mario Alberto González Palafox
ZONA SURESTE	Dr. Gerardo Izundegui Ordoñez
POR LA SOCIEDAD MEXICANA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA	Dr. Andrés Damián Nava Carrillo Dr. Ricardo Villalpando Canchola

EXPRESIDENTES
SOCIEDAD MEXICANA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
COLEGIO MEXICANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

NOMBRE	PERIODO
DR. CARLOS SARIÑANA NATERA †	1957–1959
DR. FELIPE CACHO DE LA FUENTE †	1959–1961
DR. JESÚS LOZOYA SOLÍS †	1961–1963
DR. RICARDO GONZÁLEZ RUIZ †	1963–1965
DR. OVIDIO PEDRAZA CHANFREAU	1965–1967
DR. ARTURO SILVA CUEVAS †	1967-1971
DR. RODOLFO FRANCO VÁZQUEZ	1971–1975
DR. JOAQUÍN AZPIROZ CONTRERAS	1975–1977
DR. JORGE ALAMILLO LANDÍN	1977–1978
DR. HÉCTOR HUGO RODRÍGUEZ MENDOZA	1978–1980
DR. EDUARDO ALFONSO LÓPEZ DEL PASO †	1980–1982
DR. BENIGNO ARREOLA SILVA	1982–1984
DR. ALBERTO PEÑA RODRÍGUEZ	1984–1985
DR. LUIS MARIO VILLAFAÑA GUIZA	1985–1987
DR. GIOVANNI PORRAS RAMÍREZ †	1987–1989
DR. JAIME NIETO ZERMEÑO	1989–1991
DR. PEDRO ARENAS ARÉCHIGA	1991–1993

DR. GERARDO BLANCO RODRÍGUEZ	1993–1995
DR. CARLOS CASTRO MEDINA	1995-1997
DR. LEOPOLDO MIGUEL TORRES CONTRERAS	1997–1999
DR. FELIPE DE JESÚS DOMÍNGUEZ CHÁVEZ	1999–2001
DR. HÉCTOR MANUEL AZUARA FERNÁNDEZ	2001-2003
DR. HUGO SAMUEL STAINES OROZCO	2003-2005
DR. EDUARDO BRACHO BLANCHET	2005-2007
DRA. CARMEN MAGDALENA LICONA ISLAS	2007-2009
DR. JOSÉ ANTONIO RAMÍREZ VELASCO	2009-2011
DR. JALIL FALLAD VILLEGAS †	2011-2013
DR. EDGAR MORALES JUVERA	2013-2015
DR. JUAN RAMÓN CEPEDA GARCÍA	2015-2017

CONGRESOS

NO. DE CONGRESO	AÑO	LUGAR
I	1968	México, D.F.
II	1969	México, D.F.
III	1970	Mazatlán, Sin.
IV	1971	Puebla, Pue.
V	1972	Guadalajara, Jal.
VI	1973	San Juan del Río, Qro.
VII	1974	Monterrey, N.L.
VIII	1975	Acapulco, Gro.
IX	1976	Hermosillo, Son
X	1977	Morelia. Mich.
XI	1978	Taxco, Gro.
XII	1979	Oaxaca, Oax.
XIII	1980	Acapulco, Gro.
XIV	1981	Mérida, Yuc.
XV	1982	Ixtapan de la Sal, Edo. Mex.
XVI	1983	Guanajuato, Gto.
XVII	1984	Guadalajara, Jal.
XVIII	1985	Ixtapa Zihuatanejo, Gro.
XIX	1986	San Luis Potosí, S.L.P.
XX	1987	Monterrey, NL.
XXI	1988	Villahermosa, Tab.
XXII	1989	Puebla, Pue.
XXIII	1990	Puerto Vallarta, Jal.
XXIV	1991	Torreón, Coah.
XXV	1992	Mazatlán. Sin.
XXVI	1993	Huatulco, Oax.
XXVII	1994	Tijuana, B.C.
XXVIII	1995	Morelia, Mich.
XXIX	1996	Puerto Vallarta, Jal.

XXX	1997	Zacatecas. Zac.
XXXI	1998	Cancún, Q. Roo
XXXII	1999	Aguascalientes, Ags.
XXXIII	2000	Veracruz, Ver.
XXXIV	2001	Manzanillo, Col.
XXXV	2002	Acapulco, Gro.
XXXVI	2003	Cancún, Q. Roo
XXXVII	2004	Cd. Juárez, Chih.
XXXVIII	2005	Oaxaca, Oax.
XXXIX	2006	Tampico, Tamps.
XL	2007	Mérida, Yuc.
XLI	2008	Ixtapa Zihuatanejo, Gro.
XLII	2009	León, Guanajuato
XLIII	2010	Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
XLIV	2011	Guadalajara, Jal.
XLV	2012	Cancún, Q, Roo
XLVI	2013	Monterrey, N.L.
XLVII	2014	Puerto Vallarta, Jal.
XLVIII	2015	Huatulco, Oax.
XLIX	2016	Chihuahua, Chih.
L	2017	Los Cabos, B.C.S.
LI	2018	Riviera Maya, Q. Roo.

MESAS DIRECTIVAS Y CONGRESOS

MESA DIRECTIVA 1957-1959

Presidente	Dr. Carlos Sariñana Natera
Secretario	Dr. Eduardo Villalpando del Valle
Tesorero	Dr. Oscar García Pérez
Vocal	Dr. Francisco León Diaz

MESA DIRECTIVA 1959-1961

Presidente	Dr. Jesús Lozoya Solis
Secretario	
Tesorero	
Vocal	

MESA DIRECTIVA 1961-1963

Presidente	Dr. Felipe Cacho De La Fuente
Secretario	
Tesorero	
Vocal	

MESA DIRECTIVA 1963-1965

Presidente	Dr. Ricardo González Ruiz
Secretario	
Tesorero	
Vocal	

MESA DIRECTIVA 1965-1967

Presidente	Dr. Ovidio Pedraza Chanfreau
Secretario	
Tesorero	
Vocal	

MESA DIRECTIVA 1967-1971

Presidente	Dr. Arturo Silva Cuevas
Secretario	Dr. Rodolfo Franco Vázquez
Tesorero	Dr. Jorge Alamillo Landín
Vocal	Dr. Carlos Gargía Irigoyen

I Reunión	México, D.F. 1968
II Reunión	México, D.F. 1969
III Reunión	Mazatlán, Sinaloa; 1970
IV Reunión	Puebla, Puebla; 1971

MESA DIRECTIVA 1971-1975

Presidente	Dr. Rodolfo Franco Vázquez
Secretario	Dr. Joaquín Azpiroz Contreras
Tesorero	Dr. Eduardo A. López Del Paso
Vocal	Dr. Jesús De Rubens Villalvazo
	Dr. Héctor Hugo Rodríguez Mendoza
	Dr. Jorge Castañón Morales 1971-1973
	Dr. Armando E. Otero Ríos 1973-1975

V Reunión	Guadalajara, Jalisco; 1972
VI Reunión	San Juan del Río, Querétaro; 1973
VII Reunión	Monterrey, Nuevo León; 1974
VIII Reunión	Acapulco, Guerrero; 1975

MESA DIRECTIVA 1975-1977

Presidente	Dr. Joaquín Azpiroz Contreras
Secretario	Dr. Héctor Hugo Rodríguez Mendoza
Tesoreo	Dr. Eduardo A. López Del Paso
Vocales Por El D.F.	Dr. Carlos David González Lara
	Dr. Jorge Alamillo Landín
Noreste	Dr. Arturo Rodríguez
Noroeste	Dr. Guillermo Cisneros
Occidente	Dr. Jorge Castañón Morales
Centro	Dr. Armando E. Otero Ríos
Sureste	Dr. Gilberto García Pinzón
IX Reunión	Hermosillo, Sonora; 1976
X Congreso	Morelia Michoacán 1977 *(Propuesta Que Se Conviertan En Congresos Por El Dr. Adalberto Garcia De León Marín)*

MESA DIRECTIVA 1977-1978

Presidente	Dr. Jorge Alamillo Landín
Vicepresidente	Dr. Héctor Hugo Rodríguez Mendoza
Secretario	Dr. Alberto Peña Rodríguez
Tesorero	Dr. Adalberto García De León Marín
Vocales	Dr. Ovidio Pedroza Chanfrezu
	Dr. Giovanni Porras Ramírez
XI Congreso	Taxco, Guerrero; 1978 (*Primer Congreso Con Actividades Especificas Para Las Acompañantes Y Primeras Memorias Impresas De Trabajos Presentados Durante El Congreso)*

MESA DIRECTIVA 1978-1980

PRESIDENTE	Dr. Héctor H. Rodríguez Mendoza
Vicepresidente	Dr. Eduardo A. López Del Paso
Secretario	Dr. Luis Mario Villafaña Guiza
Tesorero	Dr. Nicolás Martín Del Campo
XII Congreso	Oaxaca, Oaxaca; septiembre De 1979
XIII Congreso	Acapulco, Guerrero; septiembre De 1980

MESA DIRECTIVA 1980-1982

Presidente	Dr. Eduardo A. López Del Paso
Vicepresidente	Dr. Benigno Arreola Silva
Secretario	Dr. César Salazar Juárez
Tesorero	Dr. Miguel Vargas Gómez
Comité De Educacion Médica Continua	Dr. Andrés De Alba González
XIV Congreso	Mérida, Yucatán, Septeimbre De 1981
XV Congreso	Ixtapan De La Sal Septiembre De 1982

MESA DIRECTIVA 1982-1984

Presidente	Dr. Benigno Arreola Silva
Vicepresidente	Dr. Alberto Peña Rodríguez
Secretario	Dr. J. Jesús Iñiguez Iñiguez
Tesorero	Dr. Fernando Herrera Romo
Comité Educación Médica continua	Dr. José Luis Hernández Lozano
XVI Congreso	Guanajuato, Gto. septiembre de 1983
XVII congreso	Guadalajara, Jal. septiembre de 1984

MESA DIRECTIVA 1984-1985

Presidente	Dr. Alberto Peña Rodríguez
Vicepresidente	Dr. Luis Mario Villafaña Guiza
Secretario	Dr. Miguel A. Vargas Gómez
Tesorero	Dr. Jorge E. Gallego Grijalva
Comité Científico	Dr. Leopoldo M. Torres Contreras

XVIII Congreso — Ixtapa Zihuatanejo, Gro. septiembre de 1985

MESA DIRECTIVA 1985-1987

Presidente	Dr. Luis Mario Villafaña Guiza
Vicepresidente	Dr. Giovanni Porras Ramírez
Secretario	Dr. Andrés de Alba González
Tesorero	Dr. Jaime Nieto Zermeño
Comité Científico	Dr. Leopoldo M. Torres Contreras

XIX Congreso — San Luis Potosí, S.L.P., septiembre de 1986
XX Congreso — Monterrey, N.L., septiembre de 1987

MESA DIRECTIVA 1987-1989

Presidente	Dr. Giovanni Porras Ramírez
Vicepresidente	Dr. Jaime Nieto Zermeño
Secretario	Dr. Héctor M. Azuara Fernández
Tesorero	Dr. Gerardo Blanco Rodríguez

XXI Congreso — Villahermosa, Tabasco; septiembre de 1988
XXII Congreso — Puebla, Puebla; septiembre de 1989

MESA DIRECTIVA 1989-1991

Presidente	Dr. Jaime Nieto Zermeño
Vicepresidente	Dr. Pedro Arenas Aréchiga
Secretario	Dr. Gerardo Blanco Rodríguez
Tesorero	Dr. Guillermo González Romero
Comité Científico	Dr. Jorge E. Maza Vallejos

XXIII Congreso — Puerto Vallarta, Jalisco; septiembre De 1990
XXIV Congreso — Torreón, Coahuila; septiembre De 1991

MESA DIRECTIVA 1991-1993

Presidente	Dr. Pedro Arenas Aréchiga
Vicepresidente	Dr. Gerardo Blanco Rodríguez
Secretario	Dr. Francisco J. González García
Tesorero	Dr. Antonio F. Gallardo Meza
Comité Científico	Dr. José Antonio Ramírez Velasco

XXV Congreso — Mazatlán, Sinaloa; septiembre de 1992
XXVI Congreso — Huatulco, Oaxaca; septiembre de 1993

MESA DIRECTIVA 1993-1995

Presidente	Dr. Gerardo Blanco Rodríguez
Vicepresidente	Dr. Carlos Castro Medina
Secretario	Dr. José Antonio Ramírez Velasco
Tesorero	Dr. Francisco J. González García
Comité Científico	Dr. Eduardo Bracho Blanchet

XXVII Congreso — Tijuana, Baja California; septiembre de 1994

XXVIII Congreso	Morelia, Michoacán; septiembre de 1995

MESA DIRECTIVA 1995-1997

Presidente	Dr. Carlos Castro Medina
Vicepresidente	Dr. Leopoldo M. Torres Conteras
Secretario	Dr. Jalil Fallad Villegas
Tesorero	Dr. Jorge E. Gallego Grijalva
Comité Científico	Dr. Héctor M. Azuara Fernández
XXIX Congreso	Puerto Vallarta, Jalisco; septiembre de 1996
XXX Congreso	Zacatecas, Zacatecas; septiembre de 1997

MESA DIRECTIVA 1997-1999

Presidente	Dr. Leopoldo M. Torres Contreras
Vicepresidente	Dr. Felipe De Jesús Domínguez Chávez
Secretario	Dr. Mario Navarrete Arellano
Tesorera	Dra. Carmen M. Licona Islas
Comité Científico	Dr. Héctor M. Azuara Fernández
XXXI Congreso	Cancún, Quintana Roo; septiembre de 1998
XXXII Congreso	Aguascalientes, Ags., septiembre de 1999

MESA DIRECTIVA 1999-2001

Presidente	Dr. Felipe De Jesús Domínguez Chávez
Vicepresidente	Dr. Héctor M. Azuara Fernández
Secretario	Dr. Mario Díaz Pardo
Tesorero	Dr. Eduardo Bracho Blanchet
Comité Científico	Dr. Jaime A. Olvera Durán
XXXIII Congreso	Veracruz, Veracruz; septiembre de 2000
XXXIV Congreso	Manzanillo, Colima; septiembre de 2001

MESA DIRECTIVA 2001-2003

Presidente	Dr. Héctor M. Azuara Fernández
Vicepresidente	Dr. Hugo S. Staines Orozco
Secretario	Dr. Edgar Morales Juvera
Tesorero	Dr. Jaime A. Olvera Durán
Comité Científico	Dr. Víctor R. Andrade Sepúlveda
XXXV Congreso y Cong. Panamericano	Acapuco, Guerrero; septiembre de 2002
XXXVI Congreso	Cancún, Quintana Roo; septiembre de 2003

MESA DIRECTIVA 2003-2005

Presidente	Dr. Hugo S. Staines Orozco
Vicepresidente	Dr. Eduardo Bracho Blanchet
Secretario	Dra. Carmen Licona Islas
Tsorero	Dr. Francisco G. Cabrera Esquitín
Comité Científico	Dr. Ricardo M. Ordorica Flores
XXXVII Congreso	Ciudad Juárez, Chihuahua; septiembre de 2004
XXXVIII Congreso	Oaxaca, Oaxaca; septiembre de 2005

MESA DIRECTIVA 2005-2007

Presidente	Dr. Eduardo Bracho Blanchet
Vicepresidenta	Dra. Carmen M. Licona Islas

Secretario	Dr. Jaime Penchyna Grub
Tesorero	Dr. José Antonio Ramírez Velasco
Comité Científico	Dr. Andrés Damián Nava Carrillo
XXXIX Congreso	Tampico, Tamaulipas; septiembre de 2006
XL Congreso y 50 Aniversario	Mérida, Yucatán; septiembre de 2007

MESA DIRECTIVA 2007-2009

Presidenta	Dra. Carmen M. Licona Islas
Vicepresidente	Dr. José Antonio Ramírez Velasco
Secretario	Dr. Gustavo Hernández Aguilar
Tesorero	Dr. Edgar Morales Juvera
Comité Científico	Dr. Luis De La Torre Mondragón
XLI Congreso	Ixtapa Zihuatanejo, Gro.; septiembre 2008
XLIICongreso	León Guanajuato; Septiembre 2009

Mesa Directiva 2009-2011

Presidente	Dr. José Antonio Ramírez Velasco
Vicepresidente	Dr. Jalil Fallad Villegas
Secretario	Dr. Jaime Ángel Olvera Durán
Tesorero	Dr. Jorge Huerta Rosas
Comité Científico	Dr. Edgar Morales Juvera
XLIII Congreso	Tuxtla Gutiérrez Chiapas; septiembre 2010
XLIV Congreso	Guadalajara, Jalisco; septiembre 2011

MESA DIRECTIVA 2011-2013

Presidente	Dr. Jalil Fallad Villegas
Vicepresidente	Dr. Edgar Morales Juvera
Secretario	Dr. José Manuel Tovilla Mercado
Tesorero	Dr. Ricardo M. Ordorica Flores
Comité Científico	Dr. Pedro Jiménez Urueta
XLV Congreso	Cancún, Q. Roo agosto 2012
XLVI Congreso	Monterrey, N.L. septiembre 2013

MESA DIRECTIVA 2013-2015

Presidente	Dr. Edgar Morales Juvera
Vicepresidente	Dr. Juan Ramon Cepeda García
Secretario	Dr. Andrés Damián Nava Carrillo
Tesorero	Dr. José Humberto Vázquez Jackson
Comité Científico	Dr. Pablo Lezama Del Valle
XLVII Congreso	Puerto Vallarta, Jal. septiembre 2014
XLVIII Congreso	Huatulco, Oaxaca. septiembre 2015

MESA DIRECTIVA 2015-2017

Presidente	Dr. Juan Ramón Cepeda García
Vicepresidente	Dr. Andrés Damián Nava Carrillo
Secretario	Dr. Ricardo Ordorica Flores
Tesorero	Dr. Víctor R. Andrade Sepúlveda
Comité Científico	Dr. Jorge Alberto Cantú Reyes
XLIX Congreso	Chihuahua, Chih. Septiembre 2016
L Congreso	Los Cabos, B.C.S. Septiembre 2017

PROFESORES INVITADOS NACIONALES

Año	Congreso	Lugar	Profesor Invitado Nacional
1968	I	México, D.F.	
1969	II	México, D.F.	
1970	III	México, D.F.	
1971	IV	Mazatlán, Sin.	
1972	V	Guadalajara, Jal.	
1973	VI	San Juan del Río, Qro.	
1974	VII	Monterrey, N.L.	
1975	VIII	Acapulco, Gro.	
1976	IX	Hermosillo, Son.	
1977	X	Morelia, Mich.	
1978	XI	Taxco, Gro.	
1979	XII	Oaxaca, Oax.	Dr. Carlos Sariñana Natera
1980	XIII	Acapulco, Gro.	(congreso mundial)
1981	XIV	Mérida, Yuc.	Dr. Jesús Lozoya Solís
1982	XV	Ixtapan de la Sal, Edo. Mex	Dr. Francisco León Díaz
1983	XVI	Guanajauto, Gto.	Dr. Arturo Silva Cuevas
1984	XVII	Guadalajara, Jal.	Dr. Oscar García Pérez
1985	XVIII	Ixtapa Zihuatanejo, Gro.	Dr. Francisco Beltrán Brown
1986	XIX	San Luis Potosí, S.L.P.	Dr. Rodolfo Franco Vázquez
1987	XX	Monterrey, N.L.	Dr. Joaquín Azpiroz Contreras
1988	XXI	Villahermosa, Tab.	Dr. Jorge Alamillo Landín
1989	XXII	Puebla, Pue.	Dr. Benigno Arreola Silva
1990	XXIII	Puerto Vallarta, Jal.	Dr. Nicolás Martín del Campo
1991	XXIV	Torreón, Coah.	Dr. Héctor H. Rodríguez Mendoza
1992	XXV	Mazatlán, Sin.	Dr. Eduardo A. López del Paso
1993	XXVI	Huatulco,	Dr. Carlos David González Lara

1994	XXVII	Tijuana, B.C.	Dr. Cecilio Belio Castillo
1995	XXVIII	Morelia, Mich.	Dr. José Luis Villegas Borrel
1996	XXIX	Puerto Vallarta, Jal.	Dr. Luis Mario Villafaña Guiza
1997	XXX	Zacatecas, Zac.	Dr. Giovanni Porras Ramírez
1998	XXXI	Cancún Q. Roo.	Dr. Miguel Alfredo Vargas Gómez
1999	XXXII	Aguascalientes, Ags.	Dra. Evelia Domínguez Gutiérrez
2000	XXXIII	Veracruz, Ver.	Dr. Jaime Nieto Zermeño
2001	XXXIV	Manzanillo, Col.	Dr. Gerardo Blanco Rodríguez
2002	XXXV	Acapulco, Gro.	Dr. Fernando Villegas Álvarez
2003	XXXVI	Cancún Q. Roo.	Dr. Carlos Castro Medina
2004	XXXVII	Cd. Juárez, Chih.	Dr. Maricela Zárate Gómez
2005	XXXVIII	Oaxaca, Oax.	Dr. Ricardo Peniche García
2006	XXXIX	Tampico, Tamps.	Dr. Oscar Miguel Aguirre Jáuregui
2007	XL	Mérida, Yuc.	Dr. Jaime Antonio Zaldívar Cervera
2008	XLI	Ixtapa zihuatanejo, Gro.	Dra. Nadia Márquez Córdova
2009	XLII	León, Gto.	Dr. Héctor M. Azuara Fernández
2010	XLIII	Tuxtla Gutiérrez, Chiapas	Dr. José Trejo Bellido
2011	XLIV	Guadalajara, Jal.	Dr. Jorge Castañón Morales
2012	XLV	Cancún, Q. Roo.	Dr. Pedro Gabriel Chong King
2013	XLVI	Monterrey, N.,L.	Dr. Juan Ramón Cepeda García
2014	XLVII	Puerto Vallarta, Jal.	Dr. José Antonio Ramírez Velasco
2015	XLVIII	Huatulco, Oax.	Dr. Hugo S. Staines Orozco
2016	XLIX	Chihuahua, Chih.	Dr. Felipe de J.Domínguez Chávez
2017	L	Los Cabos, B.C.S.	EX-PRESIDENTES SMCP
2018	LI	Riviera Maya, Q. Roo.	Dr. Humberto Galicia Negrete

PROFESOR INVITADO NACIONAL
DR. HUMBERTO GALICIA NEGRETE

FORMACIÓN PROFESIONAL

- Médico Cirujano UNAM graduado en examen profesional con mención honorífica
- Especialidad de Pediatría en el Centro Hospitalario “20 de Noviembre”, ISSSTE
- Especialidad de Cirugía Pediátrica Centro Hospitalario “20 de Noviembre”, ISSSTE
- Especialidad en Terapia Intensiva Pediátrica en el Instituto Nacional de Pediatría

DESARROLLO PROFESIONAL

- Médico de Base de Urgencias en el Centro Hospitalario 20 de Noviembre”, ISSSTE
- Fundador y jefe del servicio 4 años de la Terapia Intensiva Pediátrica H. 20 de Noviembre”.
- Jefe de Servicios de enseñanza nacional 20 de Noviembre”, ISSSTE
- Director Nacional de enseñanza e investigación del ISSSTE
- Director de Escuela de Medicina “Dn. Santiago Ramón y Cajal Universidad Westhill

ACTIVIDADES Y PROYECTOS LOGRADOS

- Diseño y Creación de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del CH. “20 de Noviembre” del ISSSTE fungiendo como Jefe de Servicio durante cuatro años.
- Diseño del Programa Especial de Capacitación para el personal médico y de enfermería del C.H. “20 de Noviembre” durante su remodelación como Centro Médico Nacional del ISSSTE y
- Programa Especial de Becas al Extranjero, que permitió por primera vez en el ISSSTE enviar en un año 140 médicos al extranjero.
- Elaboración y puesta en marcha del Programa de Modernización de los Programas de Estudios de las Residencias Médicas del ISSSTE a través del Plan Único de Especialidades en Medicina.
- Diseño del Programa de Modernización de la Educación Continua en el ISSSTE a través del Programa de aprendizaje basado en problemas y creación de grupos de autoaprendizaje para médicos especialistas.
- Puesta en marcha y graduación de las tres primeras generaciones de médicos especialistas en medicina familiar para médicos generales del ISSSTE a través del Programa de Medicina Familiar ISSSTE-UNAM. Que ha permitido la graduación de 1300 nuevos médicos especialistas del ISSSTE.
- Diseño del proyecto del Centro Nacional de Enseñanza e Investigación en Enfermería del ISSSTE.
- Diseño y puesta en marcha del curso de GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD para personal directivo del ISSSTE. Impartido VÍA SATÉLITE que permitió graduarse como Profesionales de Administración en Servicios de Salud a 400 directivos del ISSSTE en todo el país.
- Miembro del Comité Directivo del Consejo Mexicano de Cirugía Pediátrica en el periodo 1995-1996.
- Director de la Escuela de Medicina de la Universidad Westhill 1999-2013.
- Programa de Organización y Puesta en marcha del Programa Académico de la Escuela de Medicina “Dn. Santiago Ramón y Cajal” .Programación, Planeación, Organización y Dirección de una Nueva Escuela de Medicina en México D.F.
  Diseño del Programa Académico y Coordinador de la Maestría en Educación Medica por competencias para los profesores de Clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad Westhil

PROFESORES Y COORDINADORES DE CURSO

MALFORMACIONES ANORRECTALES
Dr. Alberto Peña Rodríguez
Dra. Andrea Bischoff

UROLOGÍA PEDIÁTRICA

Internacionales
Professor Imran Mushtaq
Dr. Francisco Javier Reed López-Güereña
Dr. Byron Alexis Pacheco Mendoza

Nacionales
Dr. Mario Díaz Pardo
Fernando José González Ledón
Dr. Elías de Jesús Ramírez Velázquez

Dr. Andrés Damián Nava Carrillo
Dr. Gildardo Manzo Pérez
Dr. Pedro Aguirre Ramírez
Dr. Edgar Morales Juvera
Dr. José Manuel García de León
Dr. Vania Osorio Rosales

ACTUALIDADES EN TRAUMA PEDIÁTRICO

Dr. David Notrica
Dr. Pablo Lezama del Valle
Dr. Fernando F. Montes Tapia
Dr. Juan Domingo Porras Hernández

CONFERENCIA MAGISTRAL
Liderzgo en Cirugía Pediátrica: Cómo transformar la atención del paciente pediátrico traumatizado.
Dr. David Notrica

CURSO TRANSCONGRESO ACTUALIDADES EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA COTIDIANA
CONFERENCIA
Procedimiento de Kelly para el complejo extrofia-epispadias
Professor Imran Mushtaq

CONFERENCIA MAGISTRAL
Calidad en Cirugía y mi desarrollo como cirujano. Reflexión sobre mi propia experiencia
Dr. R. Shawn D. Rangel

CURSO TRANSCONGRESO ACTUALIDADES EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA COTIDIANA
Apendicitis aguda
Dr. R. Shawn D. Rangel

CONFERENCIA
Retroperitoneoscopía en cirugía pediátrica
Dr. Imran Mushtaq

CONFERENCIA
Actualidades en Pectus Excavatum
Dr. David Notrica

CONFERENCIA
Programa de administración de antibióticos en cirugía pediátirca
Dr. Shawn D. Rangel

CURSO TRANSCONGRESO ACTUALIDADES EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA COTIDIANA
Estenosis subglótica en el paciente pediátrico
Dr. Jaime Penchyna Grub

CONFERENCIA MAGISTRAL
El Humanismo y la Cirugía Pediátrica
Dr. José Marcos Felix Castro

CONFERENCIA DEL PRESIDENTE
La Felicidad"
Dr. Andrés Damián Nava Carrillo

CONFERENCIA MAGISTRAL
INVITADO NACIONAL
“El Profesionalismo Médico, en la Enseñanza de la Cirugia Pediatrica”
Dr. Humberto Galicia Negrete

MESAS REDONDAS

Decisiones de técnica y material de sutura en anastomosis intestinales

Coordina: Dr. Sergio Adrián Trujillo Ponce
Dr. Héctor Pérez Lorenzana
Dr Gustavo Varela Fascintto
Dra. Carmen Magdalena Licona Islas

Cirugía de mínima invasión pediátrica basada en evidencias: En qué patología es superior a la cirugía abierta

Coordina Dr. Edgar Morales Juvera
Dra. Gabriela Ambriz González
Dr. Eduardo Bracho Blanchet
Dr. Carlos García Hernández

Perfil del Cirujano Pediatra para Iberoamérica en el siglo XXI ¿Cómo generar valor para la sociedad?

Coordina Dr. Leopoldo M. Torres Contreras
Dr. Roberto Baratela
Dra. Galicia Montesinos
Dr. Amadeo Zanotti
Dr. Juan Domingo Porras Hernández

Estudios de Cohorte multicéntricos en cirugía pediátrica. ¿Son factibles en Iberoamerica?

Coordina Dr. Eduardo Bracho Blanchet
Dr. Guillermo Yanowsky Reyes
Dr. Juan Carlos Duarte Valencia
Dr. Juan Carlos de Agustín Asencio

RECONOCIMIENTO AL MÉRITO IBEROAMERICANO

Y Medalla de Oro Devendra K Gupta

.

En este congreso se considera reconocer a un Cirujano Pediátrica cuyas aportaciones a nuestra especialidad han influido en la vida de muchos niños y sus enseñanzas han contribuido, a que más niños puedan ser beneficiados.

La Medalla se entrega a un cirujano pediatra con reconocimiento mundial

Te invitamos a la Ceremonia de Entrega

del reconocimiento

al

Dr. Alberto Peña Rodríguez

El día 12 de septiembre a las 10:25 a 10:35

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONGRESO

1.- **Definición del Congreso**
El Congreso Nacional de Cirugía Pediátrica es una reunión científica y educacional que se efectúa anualmente por los miembros del Colegio Mexicano de Cirugía Pediátrica y la Sociedad Mexicana de Cirugía Pediátrica en la fecha y lugar que se designe en Asamblea.

2.- **Propósito del Congreso**
El propósito del Congreso Nacional de Cirugía Pediátrica es mantener el interés de sus asociados y no asociados en el estado actual de la Ciencia y Arte de la Cirugía Pediátrica, fomentando su desarrollo en el país, sirviendo de núcleo para el intercambio de conocimientos médicos, científicos, técnicos y tecnológicos entre sus miembros y con otras Sociedades nacionales o del extranjero, así como estableciendo relaciones amistosas entre todas las personas vinculadas con el estudio de la Cirugía Pediátrica.

3.- **Reglamento del Congreso**

a) Sólo podrán participar en las Sesiones del Congreso, los Congresistas regularmente inscritos.

b) Será conferida carta de asistencia solamente a los Congresistas regularmente inscritos. Se otorgará carta de participación como Ponente a los que presenten sus trabajos científicos.

c) El idioma oficial del Congreso es el **Español.**

d) Las presentaciones científicas del Congreso constan de sesiones plenarias y modulares que incluyen, cuando así se requiera: sesiones de mesas redondas, sesiones panel, simposio, conferencias magistrales, sesiones de videoconferencia, exhibición científica mediante carteles y exhibiciones técnicas o tecnológicas.

e) De las sesiones

e.1.- Las sesiones serán dirigidas por un Presidente y un Secretario que coordinarán los trabajos haciendo cumplir rigurosamente los horarios y conduciendo los debates permitidos.

e.2.- Todas las conferencias empezarán a la hora señalada en el programa, salvo imprevistos.

e.3.- Durante la exposición, en el podium existirá un semáforo con varias luces que se irán apagando conforme transcurra el tiempo.

e.4.- Al último minuto de su presentación, la luz se volverá intermitente.

e.5.- Al término de este minuto, sonará una alarma, automáticamente se apagará el proyector y se encenderá la luz del auditorio, dando por terminada su exposición.

e.6.- Al finalizar el tiempo designado para su discusión, el Presidente dará las gracias, llamando de inmediato al siguiente conferencista.

e.7.- Las conferencias magistrales tendrán una duración máxima de 40 minutos, salvo casos especiales.

e.8.- Los trabajos libres tendrán una duración de 8 minutos, quedando 4 minutos para su discusión. En caso de que el ponente se pase del tiempo establecido, no habrá discusión de su trabajo, influyendo en su calificación.

e.9.- Los casos clínicos tendrán una duración de 6 minutos, quedando 2 minutos para preguntas y comentarios. En caso de que el ponente se pase del tiempo establecido, no habrá preguntas ni comentarios en su caso, influyendo en su calificación.

e.10.- Las Presentaciones cortas tendrán una duración de 3 minutos sin tiempo para preguntas o comentarios. En caso de que el ponente se pase del tiempo establecido, influirá en su calificación.

e.11.- Los Póster tendrán una duración de 3 minutos, quedando 2 minutos para preguntas y comentarios y se presentarán en el lugar de exhibición. En caso de que el ponente se pase del tiempo establecido, influirá en su calificación.

f) De los cursos:

f.1 Los cursos tendrán, dentro de lo posible, traducción simultánea si así se requiriera.

f.2 Se otorgará constancia de asistencia a los Congresistas regularmente inscritos al Curso y que hayan asistido al mismo.

MIERCOLES 12

HORARIO	TEMA	PÁGINA
7.30 a 8:10	**CONFERENCIA MAGISTRAL** **Liderazgo en Cirugía Pediátrica: Cómo transformar la atención del paciente pediátrico traumatizado** **Dr. David Notrica**	
8:10 a 8:40	**MESA REDONDA** **Decisiones de técnica y material de sutura en anastomosis intestinales** **Dr. Sergio Adrián Trujillo Ponce** **Dr. Héctor Pérez Lorenzana** **Dr Gustavo Varela Fascinetto** **Dra. Carmen Magdalena Licona Islas**	
8:40 a 9:05	**R E C E S O**	
8:40 a 9:05	**POSTER I**	
	Opciones quirúrgicas a la refunduplicatura fallida, Belsey Mark IV en cirugía pediátrica, reporte de caso. **Dra. Marian Georgina García Flores**	1
	Invaginación intestinal en un escolar con síndrome de Peutz Jegers, reporte de un caso **Dra. Ixchel Garciacano Portilla**	2
	Tratamiento exitoso de la lipofibromatosis en un paciente pediátrico: Reporte de caso **Dra. Juliana Mancera Morales**	3
	Tumor de estroma gastrointestinal (gist) **Dra. Giselle Mariana Merchand Herrera**	4
9:05 a 10:30	**MODULO 1** **Cirugía General**	

HORARIO	TEMA	PÁGINA
	Características clínicas y epidemiológicas de una serie de casos de apendicitis aguda **Dra. Camila Bastias Santos**	5
	Catéteres de diálisis peritoneal videoasistidos en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica: Experiencia inicial en un centro de referencia del nororiente colombiano **Dr. Sergio Enrique Zavaleta Hernández**	6
	Experiencia en el uso de suturas mecánicas en cirugía pediátrica. Serie de casos. **Dra. Irene Lorena Velarde Briceño**	7
	Revisión retrospectiva de 1 año del postoperatorio en pacientes operados por apendicitis aguda perforada en nuestro centro. **Dra. Macarena Pérez de Arce Bown**	8
	Jodphur, reporte de un caso clínico en el sureste mexicano y revisión de la literatura. **Dr. José Eduardo Frías Mantilla**	9
	Apendicectomía endoscópica endoluminal por orificios naturales, en un modelo animal. Estudio experimental. **Dr. Jesús Abraham Núñez Herrera**	10
	Páncreas e intestino ectópico umbilical: Reporte de un caso. **Dra. Jazmin Pérez Ramírez**	11
	Estenosis idiopática adquirida del antro gástrico en pediatría **Dra. Daena Judith Andrés Martínez**	12
	Estudio comparativo del impacto de un nuevo protocolo clínico para el manejo de apendicitis aguda complicada. **Dr. Gustavo Villalona**	13
	Torsión primaria de epiplón, una causa poco común de abdomen agudo en el paciente pediátrico, presentación de caso clínico. **Dr. Alberto Delgado García**	14

HORARIO	TEMA	PÁGINA
10:30 a 11:20	**CURSO TRANSCONGRESO** **ACTUALIDADES EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA COTIDIANA** **Procedimiento de Kelly para el complejo extrofia-epispadias** **Professor Imran Musthaq**	
11:20 a 11:45	**R E C E S O**	
11:20 a 11:45	**POSTER 2**	
	Reporte de caso clínico: Nefrectomía parcial como tratamiento de tumor de Wilms bilateral asincrónico. **Dr. Luis Arnulfo Andrade Parra**	15
	Tumor primario múltiple: Ocurrencia sincrónica disgerminoma y ganglioneuroma. **Dra. Elizabeth Islas Sánchez**	16
	Tumor papilar quístico y sólido de páncreas **Dr. Jesús Omar Montoya Rojo**	17
	Manejo quirúrgico de tumores renales poco frecuentes en pediatría, casos clínicos **Dra. Yesenia Montes de Oca**	18
11:45 a 13:30	**MODULO 2** **Cirugía Oncológica y Cirugía General**	
	Tumores malignos resueltos por laparoscopía. Serie de casos. **Dr. Mario Riquelme Heras**	19
	Resultados en el tratamiento quirúrgico de tumores germinales de la región sacrococcígea. **Dr. Arturo Arias Ambrosio**	20

HORARIO	TEMA	PÁGINA
	Sobrevida a 3 años en pacientes pediátricos con tumores sólidos sometidos a metastasectomía pulmonar. **Dr. Gabriel Terán Sánchez**	21
	Análisis de la casuística de tumores renales en niños menores de 1 año en un hospital de tercer nivel **Dra. Claudia Leticia Moreno Acosta**	22
	Tratamiento de malformaciones vasculares complejas con inhibidores mTor Sirolimus. Serie de Casos. **Dr. Juan Carlos Duarte Valencia**	23
	Salvamento vascular en sarcomas de tejidos blandos en pediatría. **Dr. Moisés González Cárcamo**	24
	Síndrome de ligamento arcuato medio en pediatría. Experiencia inicial en el manejo laparoscópico en dos casos. **Dr. Jorge Ignacio Fuentes Guerrero**	25
	Experiencia con sirolimus en tumores y malformaciones vasculares. **Dr. Jesús Rene Rubio López**	26
	Manga gástrica, una opción de tratamiento eficaz en el paciente pediátrico con obesidad mórbida, presentación de caso clínico y descripción de técnica quirúrgica. **Dr. Víctor Matínez Bucio**	27
	Sobrevida en pacientes con tumor de Wilms posterior a resección tumoral; experencia en un hospital de tercer nivel de atención del noreste del país; serie de casos. **Dra. Ana Gabriela Segura Basurto**	28
	Diagnóstico y manejo de masas ováricas en pacientes pediátricas. Estudio observacional transversal. **Dr. Cristhian Camilo Cabrera Chamorro**	29
13:30 a 15:30	**SESIÓN DE NEGOCIOS COLEGIO Y SOCIEDAD**	

JUEVES 13

HORARIO	TEMA	PÁGINA
7:30 a 8:00	**MESA REDONDA** **Cirugía de mínima invasión pediátrica basada en evidencias: En qué patología es superior a la cirugía abierta** **Coordina Edgar Morales Morales** **Dra. Ambriz González González** **Dr. Eduardo Bracho Blanchet** **Dr. Carlos García Hernández**	
8:00 a 8:40	**CONFERENCIA MAGISTRAL** **Calidad en Cirugía y mi desarrollo como cirujano. Reflexión sobre mi propia experiencia** **Dr. R. Shawn D. Rangel**	
8:40 a 9:05	**R E C E S O**	
8:40 a 9:05	**POSTER 3**	
	Uso de toxina botulínica en defectos de pared congénito **Dr. Pedro Berrones Moreno**	30
	Gemelos unidos toracoonfalópagos, separación exitosa. **Dr. Edgar Abimael Morquecho Saldaña**	31
	Seguridad en un quirófano de cirugía pediátrica a nivel terciario. **Dra. Gabriela Ambriz González**	32
	Estudio comparativo de los abordajes abierto y laparoscópico en apendicitis aguda complicada en pacientes de edad pediátrica **Dr. Manuel Gil Vargas**	33
	Vena porta preduodenal de presentación tardía asociada a sangrado de tubo digestivo alto, reporte de un caso inusual **Dra. Martha Conde Gutiérrez**	34
9:05 a 10:15	**MÓDULO 3** **Cirugía Neonatal y General**	

HORARIO	TEMA	PÁGINA
	Perforación intestinal espontánea en neonatos: Estudio comparativo multiinstitucional entre drenaje peritoneal primario y laparotomía con ileostomía **Dr. Gustavo Villalona**	35
	Gemelos isquiopagos presentación de un caso clínico en un hospital regional de alta especialidad. **Dr. Agustín Béjar Martínez**	36
	Reparación toracoscópica de atresia esofágica con fístula traqueoesofágica en neonatos. **Dra. Angélica Alejandra Guerra Rivas**	37
	Hernia diafragmática congénita, estudio comparativo del abordaje quirúrgico abierto versus toracoscópico. **Dr. Héctor Manuel Ibarvo Gracia**	38
	Hernia diafragmática de Morgagni-Larray. Abordaje por laparoscopía. **Dr. Pastor Escárcega Fujigaki**	39
	El gemelo parásito, caso clínico de fetus in fetus. **Dr. Abdi Oliva García**	40
	Obstrucción dudodenal fuera de etapa neonatal, con resolución laparoscópica, serie de casos **Dr. Sergio Aguilar Montelongo.**	41
10:15 a **11:05**	**CURSO TRANSCONGRESO** **ACTUALIDADES EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA COTIDIANA** **Apendicitis aguda** **Shawn Rangel**	
11:05 a **11:30**	**R E C E S O**	
	POSTER 4	
	Cirugía de Nikaidoh. Presentación del primer caso exitoso en el Bajío. **Dra. Elvia Teresa Avila Hernández**	42

HORARIO	TEMA	PÁGINA
	Cuerpo extraño en parénquima pulmonar. ¿Es factible su extracción por mínima invasión? Reporte de un caso **Dra. Elvia Ximena Lemus Manjarrez**	43
	Teratoma quístico mediastinal gigante como causa de derrame pleural tipo biliotórax. Reporte de caso **Dra. Sara Orona Meléndez**	44
	Ganglioneuroma de mediastino posterior en una niña de 5 años: Reporte de un caso **Dra. Paloma Ayala Madrigal**	45
11:30 a 12:00	**CONFERENCIA** **RETROPERITONEOSCOPÍA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA** **Professor Imran Musthaq**	
12:00 a 13:30	**MÓDULO 4** **Cirugía General y Tórax**	
	Fístula traqueoesofágica adquirida severa: Reparación con traqueoplastía membranosa con doble flap de esófago. **Dr. Pedro Azuara Galdeano**	46
	Cierre quirúrgico de ducto arterioso permeable. ¿Puede o debe ser llevado a cabo por cirujano pediatra? **Dr. Antonio Francisco Gallardo Meza**	47
	Curso clínico de los pacientes con sustitución esofágica de colon. **Dr. Amilcar Almonte Pineda**	48
	Anastomosis cologástrica en pacientes con sustitución esofágica. Estudio comparativo. **Weimar César Maldonado Arce**	49
	Ingesta de cáusticos en pediatría. Experiencia quirúrgica. **Dra. Maribel Bautista Martínez**	50
	Aortopexia toracoscópica para el tratamiento de traqueomalacia severa en niños. **Dr. Carlos García Hernández**	51
	Quilotoráx refractario con resolución mediante malla fenestrada diafragmática. **Dr. Héctor Guillermo Ortiz Mojica**	52

HORARIO	TEMA	PÁGINA
	Tratamiento de las complicaciones periestomales obstructivas en el niño con traqueostomía. La decanulación quirúrgica serie de casos. **Dra. Daniela Serna Garduño**	53
	Experiencia endoscópica en una cohorte de pacientes pediátricos atendidos en el servicio de endoscopía de un hospital de tercer nivel **Dr. Jorge Marino Vidal Medina**	54
	Quiste suprarrenal izquierdo infectado en paciente pediátrico como causa de dolor abdominal, presentación de caso clínico. **Dr. Guillermo Jacobo Serrano Meneses**	55
13:30 a 15:30	**SESIÓN DE NEGOCIOS CONSEJO**	

VIERNES 14

HORARIO	TEMA	PÁGINA
7:30 a 8:10	**CONFERENCA MAGISTRAL** **Actualidades en Pectus Excavatum** **Dr. David Notrica**	
8:10 a 8:40	**CONFERENCIA MAGISTRAL** **Programa de administración de antibióticos en cirugía pediátirca** **Dr. Shawn D. Rangel**	
8:40 a 9:05	**R E C E S O**	
8:40 a 9:05	**POSTER 5**	
	Seguimiento de pacientes post operados de atresia Intestinal por abordaje umbilical, presentación de casos clínicos. **Dr. Francisco Martín Lapouble Ramírez**	56
	Perforación gástrica por tricobezoar. **Dra. Rocio Zaida Guillén Apaza**	57
	Duplicación intestinal de intestino delgado: Serie de casos. **Dr. Luis Enrique Alegría Hernández**	58
	Experiencia de esplenectomía en el manejo de plaquetopenia secundaria a púrpura trombocitopénica inmunológica en un hospital de tercer nivel de atención del noreste del país. Serie de casos **Dr. Jorge Rodrigo Quintanar Morales**	59
9:05 a 10:45	**MODULO 5** **Cirugía Colorrectal**	
	Técnica Z plastía para reparación quirúrgica de quiste pilonidal en hospital de tercer nivel. **Dr. José Ivanhoe Minor Sánchez**	60

HORARIO	TEMA	PÁGINA
	Colectomía total, parcial y procedimiento de Rehbein en cirugía de colon de mínima invasión. Serie de casos. **Dra. Lina María Pardo Orozco**	61
	Swenson transanal en pacientes con enfermedad de Hirschsprung y cirugía abdominal previa. Estudio longitudinal **Dra. Jessica Arleet Pérez Gómez**	62
	Descenso Swenson (espesor total) versus soave (endorrectal) comparación de los resultados funcionales en niños con enfermedad de Hirschsprung. Estudio de casos. **Dra. Karla Alejandra Santos Jasso**	63
	Abordaje y tratamiento quirúrgico en las duplicaciones de colon y recto. Casos clínicos. **Dra. Tania Patricia Cruz Salinas**	64
	Complicaciones obstructivas postoperatorias en pacientes con enfermedad de Hirschsprung **Dra. Antonieta Cabrera Hernández**	65
	Detección temprana de médula anclada en malformaciones anorrectales. Importancia clínica (cohorte) **Dra. Katherine Bautista Jiménez**	66
	Pouch colónico, un reto quirúrgico. Presentación de un caso clínico. **Dra. Karen Maraña Soto**	67
	Morbimortalidad quirúrgica a 30 días posoperatorios en un hospital pediátrico de tercer nivel de provincia: Estudio retrospectivo **Dr. Lorenzo Pozos Guzmán**	68
10:45 a 11:10	**RECESO**	
10:45 a 11:10	**POSTER 6**	
	Serie de casos sobre el dibujo y la experiencia en herniotomía inguinal pediátrica. **Dr. Rolando Cervantes Bernal**	69
	Empleo de drenajes en espiral flexibles de pequeño calibre en cirugía cardiotorácica pediátrica. Experiencia en 345 pacientes consecutivos. **Dr. Miguel Ángel Medina Andrade**	70

HORARIO	TEMA	PÁGINA
	Teratoma maduro de tiroides como diagnóstico diferencial de masa cervical. Reporte de caso clínico **Dr. Manuel Roberto Yanqui Saltos**	71
	Tumores de mama en niñas. **Dr. Rubén Martin Alvarez Solís**	72
11:10 a 12:00	**CURSO TRANSCONGRESO** **ACTUALIDADES EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA COTIDIANA** **Estenosis subglótica en el paciente pediátrico** **Jaime Penchyna Grub**	

SÁBADO 15

HORARIO	TEMA	PÁGINA
7:00 a 7:35	**MESA REDONDA** **Perfil del Cirujano Pediatra para Iberoamérica en el siglo XXI ¿Cómo generar valor para la sociedad?** **Dr. Roberto Baratela** **Dra. Galicia Montesinos** **Dr. Amadeo Zanotti** **Dr. Juan Domingo Porras Hernández**	
7:35 a 8:15	**CONFERENCIA MAGISTRAL** **El Humanismo y la Cirugía Pediáatrica** **Dr. José Marcos Félix Castro**	
8:15 a 8:40	**RECESO**	
8:15 a 8:40	**POSTER 7**	
	Lesión del colédoco en pediatría **Dr. Luis Enrique Ninamango Díaz**	73
	Perforación espontanea de quiste de colédoco. Reseccción y hepatoduodeno anastomosis laparoscópica en un tiempo quirúrgico. A propósito de un caso. **Dr. Enrique I. Hernández Sánchez**	74
	Manejo de testículo no descendido por vía laparoscópica, seguimiento de un grupo de pacientes. **Dr. Arid Alejandro Díaz de León Rivera**	75
	Estudio comparativo entre la asociación y concordancia clínica e imagenológica con los hallazgos transquirúrgicos encontrados en pacientes con escroto agudo intervenidos por el servicio de cirugía pediátrica en un hospital de segundo nivel **Dr. Guillermo Jacobo Serrano Meneses**	76
8:40 a 10:10	**MODULO 6** **Cirugía General Hígado y Vías Biliares**	
	Experiencia en el manejo de la hipertensión portal con derivación esplenorrenal distal. **Dra. Sara Inés Rendón Meza**	77

HORARIO	TEMA	PÁGINA
	Colecistectomía laparoscópica para discinesia biliar en niños. Entidad poco reportada en México. **Dr. Luis Emmanuel Ruiz Pérez**	78
	Esplenectomía laparoscópica en pacientes pediátricos, seguimiento a 5 años en un hospital de tercer nivel. **Dra. María Aracely Torrero Serrato**	79
	Resección completa de quiste de colédoco y hepaticoyeyunostomía asistida por robot, y de roux extracorpórea. Serie prospectiva de casos en México. **Dr. Mario Navarrete Arellano**	80
	Vólvulo de la vesícula biliar. Caso clínico de un lactante resuelto por mínima invasión. **Dra. Christian Elena Archivaldo García**	81
	Derivación esplenorrenal distal (procedimiento de Warren). Experiencia a siete años en un hospital de tercer nivel de la ciudad de México **Dr. Luis Adrián González Mercado**	82
	Escisión colónica total por vía laparoscópica endorrectal más descenso endorrectal transanal para enfermedad de Hirchsprung de segmento largo y total. **Dr. Omar Victorica Guzmán**	83
	Retraso en el tratamiento de apendicitis aguda en niños y factores asociados a diagnóstico inoportuno. **Dra. Virginia Soledad Resendiz Martínez**	84
	Linfopenia como predictor del desarrollo de absceso intraabdominal postquirúrgico en pacientes con diagnóstico de apendicitis complicada. Estudio de cohorte **Dra. Denisse Estefanía Alfaro Castellanos**	85
10:10 a 11:00	**CONFERENCIA DEL PRESIDENTE** **"La Felicidad"** **Dr. Andrés Damián Nava Carrillo**	
11:00 a 11:25	**RECESO**	
11:00 a 11:25 h	**POSTERS 8**	

HORARIO	TEMA	PÁGINA
	Asociación de reflujo vesico-ureteral con vejiga neurogénica en pacientes pediátricos en un hospital de tercer nivel, estudio de casos y controles **Dra. Karen Ramírez Santos**	86
	Características epidemilógicas de hipospadias complicadas con injerto retroauricular **Dr. Salvador Tirado Camarena**	87
	Litiasis renal “un problema en crecimiento” comportamiento actual en edades pediátricas presentación de casos. **Dr. Pedro Salvador Jiménez Urueta**	88
	Escleroterapia en el tratamiento de hemangioma de glande, reporte de caso clínico. **Dr. Miguel Ángel Aguilar Hernández**	89
	Cistitis eosinofílica pseudotumoral en pediatría, reporte de caso. **Dr. Oscar Alberto Infante González**	90
11:25 a 11:55	**MESA REDONDA** **Estudios de Cohorte multicéntricos en cirugía pediátrica. ¿Son factibles en Iberoamerica?** **Coordina Dr. Eduardo Bracho Blanchet** **Dr. Guillermo Yanowsky Reyes** **Dr. Juan Carlos Duarte Valencia** **Dr. Juan Carlos de Agustín Asensio**	
11:55 a 13:10	**MÓDULO 7**	
	Caracterización del trauma pediátrico quirúrgico en un hospital general de alta complejidad entre 2011 y 2014. **Dra. Daniella Chacón Valenzuela**	91
	Trauma abdominal contuso en un hospital pediátrico. “10 años de experiencia” **Dra. Jessica Yarza Fernández**	92
	Experiencia en trauma pediátrico en hospital de tercer nivel **Dr. Luis Gerardo Padilla Meza**	93

HORARIO	TEMA	PÁGINA
	Trauma genital y del sistema urinario inferior en pediatría en un hospital de tercer nivel. **Dra. Marbella Sepúlveda Valenzuela**	94
	Sustitución vaginal con divertículo de Meckel. Reporte de caso. **Dr. Rodrigo Prado Vázquez**	95
	Reimplante Lich- Gregoir abierto versus laparoscópico en pacientes pediátricos con reflujo vesicoureteral primario ¿cuál es el beneficio de la mínima invasión? **Dra. María Yolanda Rivera Pereira**	96
	Experiencia en estenosis de uretra de pacientes pediátricos. **Dr. Juan Alejandro Tovar Sánchez**	97
	Características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con tumor de Wilms asociado a síndromes genéticos, bilaterales y/o heredofamiliares. **Dra. Daniella Chacón Valenzuela**	98
13:10 a 13:45	**CONFERENCIA MAGISTRAL PROFESOR INVITADO NACIONAL "El Profesionalismo Médico, en la Enseñanza de la Cirugia Pediatrica" Dr. Humberto Galicia Negrete**	99
13:45 a 14:00	**REFLEXIÓN DE CIERRE**	
14:00	**CLAUSURA DEL CONGRESO**	

OPCIONES QUIRÚRGICAS A LA REFUNDUPLICATURA FALLIDA, BELSEY MARK IV EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA, REPORTE DE CASO

Autor: Dra. Isis Beatriz Medel Morales
Coautores: Dr Eduardo Vásquez Gutiérrez, Dra. Patricia Guadalupe Beltrán Espinoza, Dr. Omar Victorica Guzmán,
Ponente: Dra. Marian Georgina García Flores
Institución: UMAE 25 IMSS, Monterrey, N.L.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Femenino de 6 años con antecedente de síndrome dismórfico clasificado como Síndrome de Moebius, patología respiratoria asociada a enfermedad por reflujo gastroesofágico a quien por persistencia de sintomatología y falla a tratamiento médico se maneja con cirugía antirreflujo 3 ocasiones, la paciente desarrolló una hernia hiatal gigante lo que empeoro la sintomatología y que condicionó un evento potencialmente letal.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: La serie esófago gastroduodenal muestra mecánica de deglución normal, vaciamiento esofágico retardado, sin reflujo gastroesofágico con evidencia de hernia hiatal gigante, la radiografía postero-anterior muestra nivel hidroaereo superpuesto a silueta cardiaca, la endoscopía reporta una funduplicatura sobre-competente, con resistencia al paso del endoscopio hacia cámara gástrica.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Por lo anterior se planeó someter a la paciente a un cuarto evento quirúrgico realizando un procedimiento tipo Belsey-Mark, cirugía que no es habitual en cirugía pediátrica. Se realizó toracotomía posterolateral izquierda, apertura de la pleura y retracción del pulmón, se identificó esófago y aorta, se disecó esófago distal, se liberaron adherencias de saco herniario, se identifica y reduce funduplicatura a cavidad abdominal, en los pilares diafragmáticos colocamos puntos simples de polipropileno 00 en U para reaproximación de hiato. A través del hiato se expuso nuevamente la funduplicatura y se colocaron puntos en U de fundus gástrico a esófago seromusculares en cara anterior, lateral y posterior de esófago, una segunda línea de puntos en U de diafragma a esófago seromusculares anudando sobre diafragma donde el punto es total, se calibró con dilatador esofágico 36Fr, se verificó hermeticidad con maniobra hidroneumática. El procedimiento quirúrgico realizado, obedece parcialmente a lo indicado por Belsey, ya que fue adaptado al caso; posterior a la disección del saco herniario no fue necesaria la disección de la grasa perieso-fágica, los puntos del fundus sobre el esófago se sustituyeron por puntos de la funduplicatura al esófago y posteriormente de diafragma, funduplicatura, esófago, reduciendo la hernia hiatal, también difiere en lo correspondiente a la reintervención laparoscópica abdominal en la que se precisa la desmantelación de la funduplicatura como paso esencial, lo cual no fue necesario realizar.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: La paciente presentó una evolución postoperatoria estable, reinició de alimentación por gastrostomía a las 8 h del procedimiento quirúrgico y la alimentación oral a las 24 h del mismo. Retiro de sonda pleural al día siguiente al evento quirúrgico, presentó un neumotórax laminar además de enfisema subcutáneo que resolvió con manejo conservador. Egresada a las 72 hrs del evento quirúrgico con alimentación oral exclusiva, con seguimiento en consulta externa, hasta el momento sin complicaciones y totalmente asintomática a 1 año 3 meses de la cirugía, sin medicamentos.

DISCUSIÓN: En la época actual en que el procedimiento antirreflujo de elección es la funduplicatura Nissen por laparoscopía con tasas altas de éxito de hasta 90%, con resultados similares a los de un primer evento, el Belsey-Mark IV es una opción de tratamiento en situaciones críticas como una tercera o cuarta cirugía antirreflujo, o casos a los que se aúnan complicaciones.

CONCLUSIÓN: En 1967 Belsey publicó el resultado de Mark IV, donde propone una movilización del esófago mediastinal a través de una toracotomía, con la reubicación de por lo menos 4-5 cm de esófago en el abdomen, agregando una funduplicatura de 240 grados y el cierre hiatal reestableciendo las barreras naturales antirreflujo del paciente, estudios posteriores demuestran altas tasas de éxito constituyendo una valiosa opción con excelentes resultados en el paciente presentado, disminuyendo también las comorbilidades asociadas en pacientes pediátricos.

Conflicto de intereses: En el presente trabajo la madre autoriza el manejo de los datos referentes al caso del paciente por medio de un consentimiento informado. El autor no refiere conflicto de intereses.

INVAGINACIÓN INTESTINAL EN UN ESCOLAR CON SÍNDROME DE PEUTZ JEGERS REPORTE DE UN CASO.

Autor y Ponente: **Dra. Ixchel Garciacano Portilla**
Coautores: **Dr. José Guadalupe García Martínez, Dr. Víctor Portugal Moreno, Dra. Martha Conde Gutiérrez**
Institución: **Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, Ciudad de México**

PRESENTACIÓN: Paciente escolar masculino de 9 años, con antecedente de manchas hipercrómicas en cara, labios y mucosa oral detectadas desde los 5 años de edad sin un diagnóstico específico. Presentó cuadro de abdomen agudo y oclusión intestinal de 24 horas de evolucion, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de inicio súbito, con intensidad 8 de 10 de acuerdo a la escala Wong-Baker, vómitos de contenido biliar en 10 ocasiones y fiebre de 38º. En el examén físico dirigido se encontró una masa abdominal en hipocondrio izquierdo y datos de irritación peritoneal por lo que se intervino con una laparotomía exploradora en la cual se observó invaginacion intestinal yeyuno yeyunal con polipomatosis intestinal y colónica. Se realizó desinvaginación manual observándose recuperación de algunos segmentos pero con zonas de necrosis intestinal por segmentos en yeyuno e íleon por lo que se decidió realizar un *second look* a las 48 horas, encontrándose recuperación de tejido y segmento intestinal con necrosis avanzada, se efectuó resección intestinal de 130 cm de longitud y entero-entero anastomosis yeyunoileal sin complicaciones, preservando 30 cm de yeyuno y 80 cm de íleon, conservando la válvula. Se mantuvo en la terapia intensiva pediátrica por cinco días con adecuada evolución y posteriormente se egresó por mejoría. En el segumiento por consulta externa se le realizó panendoscopía y colonoscopía en la cual se observó pólipo pediculado de 8mm a nivel de antro pilórico, el cual se resecó por esta vía. Así mismo se encontró otro pólipo de 2 cm a la altura del ámpula de Vater que también fue resecado y lesión exfolítica en el colon a nivel del águlo hepático que también fue extirpado. En la evolución clínica posterior se ha mantendio asintomático y sin datos de hemorragía de tubo digestivo.

DISCUSIÓN: El síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una entidad hereditaria autosómico dominante de presentación inusual, con penetrancia variable e incompleta y un riesgo para sus descendientes de heredar el gen en 50% para ambos géneros es caracterizado por poliposis hamartomatosa asociada con pigmentación mucocutánea. La invaginación intestinal secundaria es del 5%, asociado al divertículo de Meckel, pólipos, tumores, duplicidades intestinales y otras. En el síndrome, la poliposis intestinal puede presentarse en todo el tracto digestivo, pero tienen predilección por el intestino delgado, estos tienden a ser pedunculados, mientras que los del estómago son sésiles como en el caso de nuestro paciente, estos pólipos son definidos como hamartomas.La pigmentación de melanina de la piel y las mucosas son el marcador externo de este síndrome y se presenta aproximadamente en el 96% y 83% respectivamente. Estos pacientes tienen un riesgo incrementado para el desarrollo de neoplasias.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico oportuno del SPJ, previene las complicaciones tan graves como las que se prensentaron en este caso, donde se desconocia el diagnóstico de polipomatosis masiva. La sospecha del síndrome lleva a la búsqueda intencionada de los pólipos y su vigilancia o tratamiento definitivo de acuerdo a los hallazgos endoscópicos y el estudio patológico. Cabe mencionar que es este caso, la medida de realizar un *second look* ayudó a preservar un mayor segmento de intestino y evitar un síndrome de intestino corto. Los pacientes con Síndrome de Peutz Jegers se deben mantener en vigilancia por el riesgo incrementado de neoplasias. La detección oportuna y el tamizaje familiar es una herramienta importante ya que la transmisión de la enfermedad es autosómica dominante

Palabrasclave: Sídrome de Peutz Jeghers, invaginación intestinal,pólipos hamartomatosos, necrosis intestinal.
Los autores declaran no tener conflicto de interés

.

TRATAMIENTO EXITOSO DE LA LIPOFIBROMATOSIS EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE CASO

Autor y Ponente: **Dra. Juliana Mancera Morales**
Coautores: **Dra. Catalina Correa, Dr. Jhery Andrade, Dr. Juan Pablo Luengas**
Institución: **Hospital Militar Central, Colombia**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: paciente masculino de 4 meses de edad, en quien a los dos meses se detectó un tumor de 5x6cm, en la extremidad inferior izquierda. Consistía en una lesión dura, con bordes mal definidos, sin cambios inflamatorios locales o limitación en la movilización de la cadera.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: La ecografía de tejidos blandos detectó prominencia focal de tejido celular subcutáneo, con compromiso de tejido muscular subyacente. La resonancia magnética demostró incremento del volumen del músculo tensor de la fascia lata izquierdo, con presencia de tejido graso entre las fibras musculares. Se consideró un posible lipoma intramuscular.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Se realizó resección quirúrgica a los 11 meses de edad, encontrando un tumor sólido que comprometía las porciones lateral y anterior del cuádriceps, el tensor de la fascia lata, el trocánter mayor y la cápsula articular de la cadera. La neoplasia fue resecada en bloque. El paciente presentó una evolución posoperatoria adecuada.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: El reporte de patología detalló una lesión tumoral de 12x10x8cm, con proliferación desordenada de lóbulos de tejido adiposo, entremezclados con fascículos de células fusiformes sin atipia nuclear, con infiltración del músculo esquelético. Se consideró histológicamente compatible con lipofibromatosis. El seguimiento clínico y radiológico no ha evidenciado recurrencia en 1 año de seguimiento.

DISCUSIÓN: Los tumores de tejidos blandos benignos son comunes en la infancia; sin embargo, la lipofibromatosis es una neoplasia pediátrica poco común y su etiología es incierta. Se presenta como un tumor indoloro, pobremente delimitado, de crecimiento lento. Tiende a localizarse en las extremidades (86.7%). No se ha descrito potencial metastásico o regresión espontánea de la lesión. A pesar de ser una lesión benigna, tiende a presentar una alta recurrencia local (72%). Algunos criterios que permiten predecir la recurrencia son: la presentación congénita, sexo masculino, localización en manos o pies, y la resección incompleta. Las imágenes de elección son la ecografía y la resonancia magnética. El diagnóstico de la lipofibromatosis siempre es histológico, ya que los hallazgos imagenológicos presentan similitudes con otras entidades. Dentro del diagnóstico diferencial de las masas tumorales de tejidos blandos con contenido adiposo, se deben tener en cuenta: la fibromatosis juvenil, el hamartoma fibroso de la infancia, el fibroma calcificante aponeurótico, el lipoma, el lipoblastoma y la lipomatosis. La cirugía es la base del tratamiento. La escisión tumoral con márgenes negativos solo se logra en 78% de los casos.

CONCLUSIÓN: Los tumores de tejidos blandos son entidades comunes en la edad pediátrica. Existe gran variedad de tumores clínica y radiológicamente similares. La histopatología es determinante en establecer el diagnóstico y tratamiento. La lipofibromatosis es un reto quirúrgico debido a su naturaleza infiltrativa. Los márgenes negativos se deben procurar, sin comprometer la función posoperatoria de la extremidad. En el caso presentado se evidencio un desenlace satisfactorio, sin evidencia de recurrencia a 1 año de seguimiento, con conservación completa de la funcionalidad de la extremidad.

Conflicto de interés: declaro que este reporte no recibió apoyo o patrocinio.

Palabras clave: tumores tejidos blandos, tumores adipocíticos, lipofibromatosis.

TUMOR DE ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST). REPORTE DE UN CASO

Autor: Dr. José de Jesús Gutiérrez Escobedo
Coautores: Dr. Pedro Salvadoro Jiménez Urueta, Dr. Manuel Roberto Yanqui Santos
Dra. Regina Hernández Hernández, Dra. Giselle Mariana Merchand Herrera
Ponente: Dra. Giselle Mariana Merchand Herrera
Institución: Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE; Ciudad de México.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Masculino, 16 años de edad con sangrado digestivo alto de un año de evolución. Inicia con melena y anemia de hasta 6.2 g/dl, ameritando múltiples transfusiones. Se realiza panendoscopía, colonoscopía, gammagrama con eritrocitos marcados y cápsula endoscópica con resultado negativo. Se realiza laparoscopía en abril de por invaginación intestinal yeyuno-yeyunal. Un mes después de la invaginación presenta dolor peri umbilical intenso, hematoquezia, eventos de regurgitación postprandial 2 veces por semana y pérdida ponderal de 10 kg en un año. Tratado con omeprazol y sucralfato. Se realiza colonoscopía en junio de presencia de pólipo se toma biopsia; sin contar con reporte histopatológico.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Panendoscopía y colonoscopía con evidencia de úlcera en tercio inferior del esófago y edema en mucosa del colon. Gammagrama para búsqueda de mucosa gástrica ectópica: yeyuno con probable sitio de mucosa gástrica ectópica por adelante de la bifurcación aórtica.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Laparoscopía diagnóstica encontrando lesión nodular en cara antimesentérica del yeyuno proximal a 15 cm del ángulo de Treitz. Se realiza laparotomía supraumbilical realizando resección y anastomosis yeyuno-yeyunal en dos planos y colocación de drenaje tipo penrose.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Patología; inmunohistoquímica: proteína S100 difusamente positiva en células neoplásicas, positivo en el 80% a CD117. Diagnóstico: Sarcoma fusocelular y epitelioide de alto grado compatible con tumor maligno de vaina de nervio periférico de 4 cm de eje mayor que se extiende al margen quirúrgico radial. Índice mitótico: 5 mitosis en 10 campos de alto poder, necrosis ausente. PET/CT para estatificación sin lesiones que sugieran actividad tumoral. Adenopatía cervical y pericecal de aspecto inflamatorio reactivo. Recibió terapia con Imatinib durante un año. PET/CT de control con focos hipermetabólicos a nivel cervical y mesentérico además de focos hipometabólicos a nivel de ganglio axilar derecho. Actualmente el paciente se encuentra en vigilancia por Oncología Pediátrica y Endoscopía por enfermedad por reflujo gastroesofágico y úlcera en tercio distal del esófago con tratamiento médico.

DISCUSIÓN: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son excepcionales en niños. Comprenden neoplasias derivadas de las células de Cajal y cuentan con predominio epitelioide. Sus principales manifestaciones son sangrado digestivo y dolor abdominal. El diagnóstico se basa en pruebas de imagen como TAC, RMN o PET siendo el reporte de inmunohistoquímica el definitivo en el diagnóstico. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica y el pronóstico depende del tamaño del tumor, velocidad de crecimiento y tipo de mutación. La RMN y el PET constituyen los mejores estudios de seguimiento. En pacientes con riesgo alto de recurrencia el Imatinib ha mostrado prolongar la sobrevida libre de progresión.

CONCLUSIÓN: El tumor del estroma gastrointestinal (GIST) se asocia a otro tipo de neoplasias por lo que es indispensable el seguimiento a largo plazo así como contar con guías de manejo que no solo beneficie a los pacientes sino que permita a sus médicos tratantes compartir información y unificar conceptos sobre el tratamiento de esta patología.

CONFLICTO DE INTERESES: ***Ninguno.***
PALABRAS CLAVE: Tumor estroma gastrointestinal, Pediatría

.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE UNA SERIE DE CASOS DE APENDICITIS AGUDA

Autor: Dra. Macarena Pérez de Arce Bown
Coautores: Dra. Camila Bastias Campos, Dra. Carola San Martín Canales, Dr. Carlos Romero Encina
Ponente: Dra. Camila Bastias Campos
Institución: Hospital Clínico Félix Bulnes Cerda, Santiago, Chile

FUNDAMENTO: La patología apendicular es uno de los cuadros más frecuentes en consultas de urgencia quirúrgicas pediátricas. En nuestro centro, se realizaron 613 intervenciones quirúrgicas el año 2016 por esta patología, lo que genera la necesidad de analizar estos casos, con el fin de mejorar el enfrentamiento en estos pacientes.

PROPÓSITO: Describir el perfil de un grupo de pacientes que cursaron con un cuadro apendicular agudo, y obtener datos que permitan optimizar su enfrentamiento y manejo a nivel local.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo realizado en un hospital público de alta complejidad que recibe pacientes del área occidente de la capital de Chile (ciudad de Santiago), por un cirujano pediatra y residentes de la especialidad. Se incluyeron a pacientes que fueron ingresados a través del Servicio de Urgencia Infantil de nuestro centro, con diagnóstico de apendicitis aguda en sus distintas presentaciones, en menores de 15 años, en el periodo entre el 01 de Diciembre de 2016 al 30 de Noviembre de 2017. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular de manejo quirúrgico diferido. De un total de 558 casos, se seleccionaron 242 pacientes de forma aleatoria. Se recolectaron datos epidemiológicos y clínicos, mediante la revisión de fichas, de forma retrospectiva. Los datos obtenidos fueron: edad, sexo, horas de evolu-ción hasta la consulta, analítica sanguínea al ingreso, clasificación clínica del cuadro y días de hospitalización. Se obtuvo un universo muestral de 242 pacientes y se analizaron mediante métodos descriptivos.

RESULTADOS: del n=242 pacientes (171 hombres y 115 mujeres), el 83% tenía entre 7-15 años. El 41% provenían de sectores rurales. Al ingreso, 183 pacientes presen-taron leucocitosis (>12.000) y 104 presenta-ron PCR elevada (>5mg/dL); en 27 pacientes no tuvieron recuento leucocitario, y 30 pacientes sin PCR al realizar diagnóstico. El 50% cursó con apendicitis no perforada, un 13,2% con apendicitis gangrenosa, 20,2% peritonitis localizada, 12% peritonitis gene-ralizada y un 4,5% con plastrón apendicular. De los pacientes con apendicitis no perfora-da, el 82,6% consultó dentro de las primeras 48 horas de iniciados los síntomas, y el 56% con apendicitis perforada consultó posterior a las primeras 48 horas. El promedio de hospitalización fue de: 1,83 días; 4,7 días; 7,12 días; 8,13 días y 9,3 días para las apendicitis no perforadas, apendicitis gangrenosas, peritonitis localizadas, peritonitis generalizadas y plastrones apendiculares, respectivamente.

DISCUSIÓN: Destacamos que gran parte de nuestros pacientes provienen de lugares alejados y de difícil acceso; esto podría afectar los datos clínicos y su evolución. Se esboza una relación entre las horas de evolución del cuadro clínico al momento de consultar y el riesgo de presentar apendicitis perforada, estableciendo un mejor pronóstico en cuadros con menos de 48 horas de evolución. A mayor complejidad diagnóstica, hay mayor tiempo de hospitalización. Existe el sesgo de que la muestra de pacientes es acotada, re-flejado en los porcentajes que se obtuvieron en cada presentación clínica.

CONCLUSIÓN: Se requiere extender este estudio para logar obtener un universo muestral más amplio y evidenciar las características de nuestra población, generando cambios en nuestro enfrentamiento.

Conflicto de interés: Declaramos no tener conflicto de interés en el desarrollo de este trabajo. **Palabras Clave**: Apendicitis Aguda, Peritonitis apendicular, Plastrón apendicular, PCR, Leucitosis

CATÉTERES DE DIÁLISIS PERITONEAL VIDEOASISTIDOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO DE REFERENCIA DEL NORORIENTE COLOMBIANO

Autor y Ponente: **Dr. Sergio Zavaleta Hernández**
Coautores: **Dra. Claudia Pinto**
Institución: **Clínica Materno Infantil San Luis y Clínica Carlos Ardila Lulle, Colombia**

FUNDAMENTO: Diversos estudios han sugerido que el uso de la laparoscopía en la colocación de catéteres peritoneales en pacientes pediátricos es efectivo con menor tasa de complicaciones que la técnica abierta; hay pocos reportes en Latinoamérica en la experiencia con técnicas mínimamente invasivas.

OBJETIVO: Reportar la experiencia inicial en la viabilidad y las complicaciones de la colocación de catéteres peritoneales videoasistidos en pacientes pediátricos con la técnica utilizada en nuestro centro de referencia desde enero 2016 a enero 2018.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo en que se incluyeron 10 pacientes menores de 18 años de edad con diagnóstico de enfermedad renal crónica termi-nal sometidos a laparoscopía para colocación de catéter para diálisis peritoneal en el periodo de enero 2016 a enero 2018 en un centro de referencia de tercer nivel de atención materno infantil en un departamento del nororiente colombiano. La cirugía fue realizada por un solo cirujano pediatra certificado. Se realizó la cirugía bajo anestesia general con dosis profi-láctica de cefalosporina previo al procedimien-to, con catéter peritoneal tenckhoff cola de cerdo de uno o dos cuff se realiza la medición y marcación del sitio de entrada del catéter, se coloca un trocar umbilical 10 o 5 mm con técnica abierta, después de crear neumoperitoneo se explora la cavidad abdominal, con incisión tipo “stab” en sitio previamente marcado para entrada de catéter se introduce pinza que asiste omentectomia extracorpórea transumbilical y por misma incisión se introduce catéter tenckhoff con pinza de trabajo y bajo visión laparoscópica se deposita cola de cerdo en hueco pélvico dejando cuff en ubicación preperitoneal, se continua con túnel por debajo de musculo recto abdominal para exteriorizar el catéter. Se realizaron lavados peritoneales en todos los pacientes en las primeras 24 hrs postquirúrgicas.

RESULTADOS: La media de tiempo quirúrgico fue de 38 minutos, 5 pacientes tenían cirugía abdominal previa, se utilizó un solo puerto en 8 pacientes; 2 pacientes requirieron un puerto extra por obstrucción en la primera semana postquirúrgica. El tiempo medio para inicio de diálisis fue de 3.8 días, 1 paciente presentó peritonitis a los 15 días postquirúrgicos, 1 paciente tuvo fuga al tercer día posquirúrgico que respondió con reposo. Ningún paciente requirió conversión a cirugía abierta.

DISCUSION: Los resultados de esta experiencia inicial en nuestro medio nos demuestra que el uso de laparoscopia nos permite una evaluación cuidadosa de la cavidad peritoneal con la colocación precisa del catéter de diálisis. Sin embargo se requieren estudios comparativos prospectivos aleatorizados para demostrar con certeza su efectividad y seguridad en nuestro medio.

CONCLUSIÓN: Nuestra experiencia inicial sugiere ser una técnica viable y útil en la colocación de catéteres para diálisis peritoneal como lo reportado en diferentes estudios.

CONFLICTO DE INTERES: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

PALABRAS CLAVE: Catéteres, diálisis peritoneal, laparoscopia

EXPERIENCIA EN EL USO DE SUTURAS MECÁNICAS EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA. SERIE DE CASOS.

Autor y Ponente: **Dra. Irene Lorena Velarde Briceño**
Coautores: **Dr. Edgar Coria Flores, Dr. Jorge Francisco Cruz Franco, Dr. Eleuterio Antonio Castellanos Villegas**
Institución: **Hospital Infantil del Estado de Sonora, Hermosillo, Son.**

FUNDAMENTO: Las suturas mecánicas se introdujeron por primera vez en 1908. En México, la primera cirugía con el uso de estos dispositivos, fue en 1989. En nuestro medio, el uso de suturas mecánicas se ha incorporado progresivamente en la práctica de la cirugía pediátrica.

PROPÓSITO: El objetivo del trabajo es describir la experiencia del uso de suturas mecánicas en diferentes patologías de la cirugía pediátrica

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó este estudio en un hospital público de segundo nivel, que presta atención de salud a la población pediátrica abierta en provincia. Los cirujanos participantes son médicos de base y residentes adscritos al hospital.

Los criterios de inclusión fueron pacientes menores de 18 años, sometidos a cirugía (abierta o laparoscópica) con el uso de suturas mecánicas. Se excluyeron del estudio, los pacientes con expediente incompleto. Para la recolección de la información, se revisaron todos los expedientes de mayo 2012 a abril 2018.

Es un estudio descriptivo, en un periodo de 6 años; el cual analizó la entidad patológica, el tipo de cirugía efectuada, tipo de suturas mecánicas, complicaciones y seguimiento.

El análisis estadístico fué descriptivo de las variables de frecuencia y porcentaje para las cualitativas y de media y desviación estándar para las cuantitativas.

RESULTADOS: Se incluyeron 19 pacientes, de 8 meses a 17 años con una mediana de 8 años. El 52.6% (10) correspondieron al sexo masculino y el 47.4% (9) del sexo femenino.

El 47.4% (9) fueron sometidos a una cirugía programada por un diagnóstico ya conocido y el 52.6% (10) fueron sometidos a cirugía de urgencia. Los diagnósticos incluidos en el estudio fueron: Púrpura trombocitopénica idiopática (3), Neumopatías (3), Divertículo de Meckel (2), Trauma abdomino-pélvico con colostomía (2), Quiste de ovario torcido (2), Fístula gastrocutánea (2), Trauma esplénico, Oclusión intestinal por bridas con perforación, Apendicitis, Esferocitosis y Enf. Hirschsprung. Los procedimientos quirúrgicos se realizaron vía laparoscópica en el 79% (15) de los casos y el resto 21% (4) fueron por abordaje abierto. Las suturas mecánicas utilizadas fueron: EndoGIA 60x3.5 mm (13), GIA 60x3.8 mm (4) y Engrapadora Circular de 29 mm (2). Las complicaciones presentadas fueron no asociadas al uso de las suturas mecánicas. En general, el tiempo promedio de seguimiento fue de 10 meses por la consulta externa.

DISCUSIÓN: Es interesante resaltar que el 100% de los pacientes tuvieron una evolución postoperatoria favorable, no presentándose en ninguno de los casos alguna complicación íntimamente relacionada al uso de suturas mecánicas. A diferencia de lo reportado en la literatura por Pacheco y Bannura, donde reportan complicaciones hasta en el 15%.

La limitación del estudio fue el número de pacientes; es probable que la selección de la muestra haya tomado pendientes con un alto beneficio de las suturas mecánicas.

CONCLUSIÓN: El uso de suturas mecánicas en cirugía pediátrica ha permitido realizar abordajes cada vez mas seguros y funcionales, accediendo a niveles prácticamente imposibles de efectuar con sutura manual. Las suturas mecánicas se consideran menos traumáticas, más rápidas y precisas, lo que implicaría una mejor cicatrización, y teóricamente, un menor porcentaje de complicaciones.

La descripción de esta serie de casos permite caracterizar que las suturas mecánicas pueden utilizarse en cualquier cirugía y en cualquier edad. El cirujano debe saber los tipos que existen y su indicación. El uso continuo de suturas mecánicas, va generando experiencia, lo que se traduce en ventajas terapéuticas para nuestros pacientes.

CONFLICTO DE INTERÉS. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. PALABRAS CLAVE. Suturas mecánicas, grapas quirúrgicas, laparoscopía, cirugía abierta, niños.

REVISIÓN RETROSPECTIVA DE 1 AÑO DEL POSTOPERATORIO EN PACIENTES OPERADOS POR APENDICITIS AGUDA PERFORADA EN NUESTRO CENTRO.

Autor y Ponente: **Dra. Macarena Pérez de Arce Bown**
Coautores: **Dra. Carola San Martín Canales, Dra. Camila Bastias Campos**
Dr. Carlos Romero Encina
Institución: **Hospital Clínico Félix Bulnes Cerda, Santiago, Chile**

FUNDAMENTO: La patología apendicular en la población pediátrica es una de las patologías quirúrgicas de urgencia más frecuentes. En nuestro centro, el año 2016 se intervinieron 613 pacientes. Sin embargo, no se han analizado las complicaciones durante el postoperatorio de esta enfermedad en nuestra población.

PROPÓSITO: Determinar el perfil epidemiológico y el manejo tras confirmar el diagnóstico de patología apendicular perforada, y que presentan complicaciones, en el período de 1 año.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo en hospital público (centro terciario de alta complejidad), que atiende a población menor de 15 años del área occidente en la capital de Chile (Santiago), por parte del equipo quirúrgico de urgencia (14 cirujanos pediátricos con más de 3 años de experiencia; y asistidos por 6 residentes de 1°-2°-3° año). Criterios inclusión: menores de 15 años operados por patología apendicular perforada, por el equipo quirúrgico de urgencia, pertenecientes al área occidente de nuestra capital, entre el 01 de Diciembre del 2016 y el 30 de Noviembre del 2017. Criterios exclusión: patología quirúrgica apendicular no perforada u otra causa y no pertenecientes al área geográfica. Se recolectaron y tabularon las siguientes variables de forma retrospectiva: Edad, sexo, residencia, tiempo de evolución, leucocitos/PCR al ingreso, tipo de patología apendicular perforada, tiempo hospitalización, presencia de complicación y manejo. Se intervinieron 558 pacientes por patología apendicular, se seleccionaron de manera aleatoria 238 casos; obteniendo un N=117 pacientes. Análisis de las variables mediante métodos descriptivos (frecuencia, moda, promedio).

RESULTADOS: de 117 pacientes, el 50.5% son mujeres y el 49.5% hombres; el 56.4% (n=66) corresponden al período escolar (6-11 años). El 56.4% residen en comunas cercanas a nuestro centro; el 42.7% fueron derivados de centros de comunas rurales. El 39.3% ingresaron por cuadros de 24-48 horas de evolución. El 81.2% presentó Leucocitosis >12.000 (49.4% >20.000) y el 96.6% presentó PCR>5 mg/dl (mediana=30-50 mg/dl). El diagnóstico más frecuente fue la peritonitis localizada (41%), Apendicitis aguda Gangrenosa (25.7%), Peritonitis difusa (24.8%), y Plastrón apendicular (8.5%). El promedio de hospitalización fue 7.3 días, con mayor estadía en los casos de plastrón apendicular ($\tilde{x}$=9.13 días). El 23% presentó complicaciones; 12 pacientes presentaron 1 complicación y 15 más de 1 complicación, siendo las más frecuentes infección de herida operatoria (33.3%) y los abscesos de pared abdominal (24.3%). En el 63% se cambió esquema antibiótico, el 29.6% requirió más días de tratamiento del esquema habitual, en el 7.4% se optimizó la dosis de antibioticoterapia. 3 pacientes, requirieron reintervención por mala respuesta a tratamiento antibiótico.

DISCUSIÓN: En nuestra muestra, el 42.7% proviene de comunas rurales, con derivación más tardía, lo que prolonga la evolución del cuadro. La mayor parte presentó peritonitis localizada, pero el 33.3% presentó cuadros de mayor complejidad, aumentando la estadía y las complicaciones (23%). Debemos considerar los sesgos en el diseño del estudio dado la muestra obtenida.

CONCLUSIÓN: la patología apendicular perforada es un importante problema de salud pública, lo cual conlleva mayor morbilidad para el paciente y mayores gastos al sistema de salud. Debemos generar protocolos actualizados, con el fin de disminuir la morbilidad y complicaciones asociadas.

Conflicto de interés: Declaramos no tener conflictos de interés. **Palabras Claves:** Complicaciones, Apendicitis aguda, Patología Apendicular perforada, Leucocitosis, Infección de herida operatoria.

JODPHUR, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO EN EL SURESTE MEXICANO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Autor y Ponente: **Dr. José Eduardo Frías Mantilla´**
Coautores: **Dr. Luis Adrián González Mercado, Dr. José Miguel Macedo Pérez**
Dra. María Antonieta Cabrera Henández
Institución: **Hospital de Especialidades Pediátricas, Tuxtla Gutiérrez, Chis.**

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE: Femenino de 18 meses de vida originaria de Tuxtla Gutiérrez Chiapas México, sin antecedentes familiares de importancia. Obtenida a las 37 semanas de gestación por ruptura de membranas, con peso de 3.400kg, se desconoce talla. Acude a hospital de segundo nivel por crisis convulsivas, TAC de cráneo y resonancia magnética reportan atrofia cortical, quistes subaracnoideos y ventriculomegalia. Durante su estancia intrahospitalaria inicia cuadro de vómitos post pradiales inmediatos sin tolerar vía oral con presencia de melena.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Se coloca sonda naso gástrica y se realiza serie esofagogastroduodenal (SEGD) en la que se evidencia obstrucción del tracto de salida gástrico con ausencia de paso de contraste mas allá de esfínter pilórico así como distensión de cámara gástrica por lo que se refiere a tercer nivel para manejo quirúrgico. A su ingreso estudio de ultrasonido reporta píloro engrosado con dimensiones de 18.1 mm de longitud y 7.2 mm de ancho determinando un cuadro de obstrucción a este nivel.

DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA QUIRÚRGICA: Se realiza incisión transversa supraumbilical derecha procediendo a la disección por planos hasta cavidad. Se liga ligamento redondo. Se realiza entonces píloro plastia con técnica de Heineke Mikulicz con posterior cierre de pared abdominal por planos.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: La paciente es llevada a sala de internamiento donde cumple ayuno por espacio de 7 días con soporte nutricio por vía de nutrición parenteral con posterior realización de estudio de imagen contrastado que evidencia el paso de contraste a través de esfínter pilórico con el que se da inicio exitoso a la dieta de la paciente.

DISCUSIÓN: La estenosis hipertrófica del píloro (EHP) tiene una presentación clásica entre las semanas 2 y 8 de vida constituyendo la principal causa de obstrucción del vaciamiento gástrico en niños siendo ademas la causa más frecuente de cirugia enmenores de 2 meses de edad. Fuera de la EHP la obstrucción del tracto de salida gástrico es extremadamente rara con una incidencia de 1:100000 con etiología presumiblemente multifactorial. Cuando este fenómeno se presenta de maneraprimaria en edades posteriores de la infancia se conoce como enfermedad de Jodhpur, entidad recientemente descrita en 1997 por Sharma y Cols. Hasta el año 2015 se reportaban únicamente 25 casos en la literatura internacional con dos reportes en nuestro país a los cuales agregamos la presentación de una lactante de 18 meses de vida en el sureste mexicano.

CONCLUSIÓN: Se trata entonces de una enfermedad rara y con pocos reportes en la literatura internacional motivo por el cual el reporte de casos diagnosticados ayudará a la concientización y sospecha de la patología ya que por falta de contacto con la misma pudiera ser subdiagnosticada. La técnica de Heineke Mikulicz se sugiere como el tratamiento quirúrgico de elección en estos pacientes.

Conflictos de Interés: No existen conflictos de interés para el reporte de este caso clínico.

Palabras clave: Estenosis pilórica, Vaciamiento gástrico, Enfermedades raras

APENDICECTOMÍA ENDOSCÓPICA ENDOLUMINAL POR ORIFICIOS NATURALES (APEEON), EN UN MODELO ANIMAL. ESTUDIO EXPERIMENTAL

Autor y Ponente: **Dr. Jesús Abraham Núñez Herrera**
Coautores: **Dr. Francisco Alfonso Viveros Carreño, Dra. Lidia Estela Huerta Núñez**
Institución: **Hospital Central Militar, Ciudad de México**

FUNDAMENTO: En nuestro hospital, la apendicetomía es el procedimiento quirúrgico de urgencia relativa de mayor frecuencia contando aproximadamente entre 200 y 220 procedimientos anuales siendo este el procedimiento quirúrgico mas comúnmente realizado en población pediátrica. Debido a su alta frecuencia y alto índice de complicaciones por retraso en el diagnóstico y/o tratamiento oportuno representa un gasto considerable para los sistemas de salud. Por tal motivo consideramos importante desarrollar nuevas tecnologías para mejorar en procedimientos quirúrgicos que permitan optimizar el uso de recursos humanos y económicos así como disminuir la estancia hospitalaria, con el fin de tratar este padecimiento de forma mas eficaz y menos invasiva.

PROPÓSITO: El cuestionamiento base del estudio es saber si es posible realizar una apendicetomía vía endoscópica sin heridas quirúrgicas ni incisiones transluminales en vísceras, por lo que el objetivo fue desarrollar una técnica quirúrgica que permita realizar (APEEON), en un modelo animal, que sea reproducible en humanos, particularmente en pacientes pediátricos.

MATERIALES Y MÉTODO: A)Escenario: El comité de bioética en investigación de nuestro centro hospitalario aprobó nuestro estudio. El estudio se desarrollo en el laboratorio de cirugía experimental de nuestro centro de ciencias de la salud, con la participación del cirujano pediatra endoscopista de nuestro centro hospitalario quien ejerce como tal desde 2005, Médicos veterinarios y un residente de ciruja pediátrica de 4º año. B)Participantes: 5 Lechones de cer-dos vietnamitas (Sus scrofa domesticus) criados exprofeso con fines de investigación científica, de entre 15 y 25 kg de peso. Criterios de exclusión: raza y tamaños diferentes a los seleccionados y contar con antecedentes quirúrgicos. C)Intervención: con el modelo animal bajo sedación y previa preparación intestinal, se introduce videocolonscopio de 11 mm de uso exclusivo en animales por ano-recto franqueando todo el colon hasta llegar a bolsa cecal, se identifica orificio de la misma, se introduce pinza de colonoscópio con dientes de ratón y un endoloop la cual se posiciona rodeando el orificio cecal (apendicular),se introduce gentilmente pinza con dientes de ratón a través del lumen hasta encontrar resistencia se abre pinza y se atrapa punta apendicular regresando la pinza hacia el lumen intestinal, observando la mucosa del lumen invertida a modo de pull-through. Se Cierra y tensa el endoloop a satisfacción atrapando base invertida, se introduce asa de polipectomia y se aplica corte por electrocirugia a 30w blend 1 y se secciona estructura invertida. Se verifica hemostasia, se atrapa pieza quirúrgica y se extrae junto con videocolonoscopio, se da por terminado el procedimiento. D)Variables: Variable dependiente: APEEON. Variable independiente: Tiempo quirúrgico, complicaciones transoperatorias, complicaciones posoperatorias inmediatas, mediatas y tardías, transito intestinal. E) Recolección de la información: Cada individuo fue observado durante el posoperatorio inmediato, mediato y tardío hasta la 4ª semanas posterior al posoperatorio, midiendo parámetros clínicos, así como registro videografico de los procedimientos. F) Evaluación de las variables sin sesgo: Todas las variables del estudio fueron evaluadas por los dos cirujanos por separado y por el veterinario a cargo de los individuos en estudio. G)Tamaño de la muestra: 5 lechones de cerdo vietnamita. H) Análisis estadístico: Estadística Descriptiva fue el método utilizado para organizar e interpretar resultados.

RESULTADOS: La apendicetomía endoscópica endoluminar por orificios naturales fue realizada con éxito en los 5 individuos del estudio, tiempo promedio del procedimiento fue de 95 minutos, en ninguno de los casos se presento fiebre o datos clínicos de infección, el promedio de inicio de vía oral fue a las 4 hrs. posteriores al procedimiento, y no se reportaron complicaciones posoperatorias tardías durante las 4 semanas de seguimiento.

DISCUSIÓN: Se comprobó que es posible realizar en cerdos una APEEON de forma segura. Las principales limitantes del estudio son la factibi-lidad de ser reproducible en humanos debido a las variantes anatómicas entre el cerdo y el humano, además, que de ser reproducible, por ahora solo seria aplicable para apéndices sanas o en estados muy agudos de inflamación.

CONCLUSIÓN: Es posible realizar APEEON de forma segura en cerdos. No existe conflicto de interés.

Palabras clave: Appendicectomy, Natural Orifice Transluminal Endoscopy Surgery , NOTES, Apendix.

PÁNCREAS E INTESTINO ECTÓPICO UMBILICAL: REPORTE DE UN CASO.

Autor: Dr. Víctor Hugo Portugal Moreno
Coautor: Dra. Elizabeth Islas Sánchez, Dr. Miguel Angel Vargas, Dr. Francisco Soto Patiño, Dra. Jazmin Pérez Ramírez
Ponente: Dra. Jazmin Pérez Ramírez
Institución: Hospital Pediátrico Moctezuma SS, Ciudad de México

INTRODUCCIÓN: El páncreas heterotópico es definido como tejido pancreático fuera del sitio anatómico normal de este. Hasta en un 90% del páncreas heterotópico se encuentra en la parte superior del tracto gastrointestinal (estómago, duodeno y yeyuno) y solo 10% en un divertículo de Meckel y en el íleon. (1) La aparición en la región umbilical es extremadamente rara (2) La incidencia global de tejido pancreático ectópico se ha estimado en 0.5 a 13% durante las autopsias de rutina de la patología. (3). El tejido pancreático ectópico se encuentra en diferentes sitios en el tracto gastrointestinal y se descubre con mayor frecuencia en la quinta y sexta década de la vida (4,5). Se ha informado con poca frecuencia en el grupo de edad pediátrica y aún más raramente cerca del ombligo. En la literatura existen 14 casos reportados de páncreas heterotópico en esta zona. (6). Presentamos el caso de un paciente lactante el cual se presentó por una masa umbilical húmeda, descartando de manera inicial patología de uraco y manejado de manera inicial como un granuloma sin respuesta al tratamiento médico.

PRESENTACIÓN DE CASO: Masculino de 6 meses de edad, sano con antecedentes perinatales sin relevancia. Es enviado a esta unidad en su segunda semana de vida, por presencia de tumoración umbilical de color rojo brillante, de aproximadamente 1 cm x 1cm, húmeda. Se diagnostica como granuloma umbilical y se da manejo conservador con secantes tópicos durante 4 semanas, llamando la atención que dicha tumoración continúa manteniéndose húmeda, con excoriación leve de la piel circundante debido a la secreción serosa. Se resuelve mediante resección de tumoración sin presentar complicaciones.
El reporte macroscópico de patología describe un nódulo que mide 1x1.2cm, la superficie externa es café oscuro, lisa y opaca. La epidermis es café claro, lisa y opaca. Al corte es café claro de aspecto carnoso y blando con una zona central blanquecina y blanda. El reporte microscópico informa tejido pancreático en la región central del espécimen. En la superficie tiene tejido intestinal con células de Penneth en el fondo de las criptas.

DISCUSIÓN: La presencia de páncreas ectópico en la región umbilical es rara, se han reportado 14 casos de esta a nivel mundial hasta el año de 2014. (6) y existe un caso reportado con tejido pancreático, intestinal y gástrico

ESTENOSIS IDIOPÁTICA ADQUIRIDA DEL ANTRO GÁSTRICO EN PEDIATRÍA

Autor: Dr. Sergio Adrián Trujillo Ponce
Coautores: Dr. Arnulfo Zúñiga Morán, Dr. Guillermo Yanowsky Reyes, Dr. Héctor Ortiz Mujica, Dra. Daena Judith Andrés Martínez
Ponente: Dra. Daena Judith Andrés Martínez
Institución: Antiguo Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, Jal.

INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES: CASO 1. Masculino de 2 años con dolor epigástrico, opresivo, 20 días de evolución, sin irradiación, distensión abdominal alta y vómito alimentario tardío. Pérdida de peso y palidez(++). **CASO 2**. Femenino de 2 años con dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal superior, saciedad temprana, náuseas de 5 días de evolución y eructos fétidos. Ambos padres atópicos, evento de dispepsia severa del lactante al mes de edad. Presencia de eccema en cuero cabelludo, abdomen con distensión epigástrica y dolor a la palpación profunda.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: CASO 1. Serie esófago gastroduodenal (SEGD): gastromegalia y obstrucción distal en cámara gástrica con retardo en el vaciamiento gástrico. Endoscopía: gastromegalia, pliegues gástricos prominentes, retención alimenticia, estenosis antral concéntrica, orificio residual de 2mm., edema de mucosa, hiperémica y friable, sin paso del endoscopio, dilatación con balón hidroneumático a 4 ATM, logrando franquear estenosis; posterior a ella píloro abierto y edematizado, a un centímetro de la estenosis. Biopsias: Gastritis, esofagitis y duodenitis crónica inespecífica. **CASO 2**. SEGD: con retraso en el vaciamiento gástrico. Endoscopia: estómago con retención del medio de contraste; antro con estenosis concéntrica, hipertrofia nodular y mucosa friable, se dilata con balón hidroneumático; píloro a un centímetro de la estenosis, edematoso. Biopsias: Gastritis, esofagitis y duodenitis crónica inespecífica (siete eosinófilos por campo).

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Ambos pacientes sometidos a antro-piloroplastia laparoscópica con principio de Miculickz, SNG y NPT por 4 días, posteriormente con inicio de la vía enteral y bloqueador de bomba de protones.

SEGUMIENTO Y RESULTADOS: Ambos pacientes con descompresión gástrica postoperatoria, disminución significativa de la distensión epigástrica, tolerando adecuadamente la vía enteral, sin vómitos, sin dolor abdominal y evacuaciones normales.

DISCUSIÓN: La obstrucción de salida gástrica en la infancia es relativamente rara (incidencia 1: 100 000). El diagnóstico diferencial incluye: obstrucciones congénitas y adquiridas; idiopáticas o secundarias a enfermedad ulcerosa péptica, gastritis y duodenitis eosinofílica.
Existe fuerte asociación a los antecedentes atópicos (como en uno de nuestros casos), aunque no hay correlación directa; se asocia a gastroenteritis eosinofílica, descartada en nuestros pacientes ante el reporte histopatológico (6-7 eosinófilos por campo), IgE normal y sin eosinofília sérica.
La estenosis pilórica neonatal es la más común; sin embargo, es rara en preescolares y adolescentes, siendo de etiología incierta y con mayor frecuencia idiopática. El tratamiento puede ser conservador mediante dilatación hidroneumática con recurrencia de la obstrucción del 60%, siendo la resolución quirúrgica el estándar de oro y la antro-piloroplastía laparoscópica de elección; realizada en nuestros casos posterior a dilatación hidroneumática y endoscopía diagnóstica. Existen reportes de casos de esta patología, en su mayoría en adultos que en niños. Debido a su infrecuencia es difícil conjuntar una casuística significativa, por lo que compartir esta experiencia tiene como fin integrar frente a otros grupos quirúrgicos pediátricos reportes multicéntricos para definir el tratamiento idóneo.
CONFLICTO DE INTERÉS: Sin conflicto de intereses.
PALABRAS CLAVE: obstrucción gástrica, estenosis antral, adquirida, idiopática.

ESTUDIO COMPARATIVO DE EL IMPACTO DE UN NUEVO PROTOCOLO CLÍNICO PARA EL MANEJO DE APENDICITIS AGUDA COMPLICADA

Autor: Dr. Armando Salim Munoz Abraham
Coautores: Dr. Gustavo Villalona, Dr. Hector Osei, Dra. Saurabh Saxena
Ponente: Dr. Gustavo Villalona
Institución: Saint Louis University

FUNDAMENTO: El manejo de apendicitis aguda complicada (perforada) sigue en debate y no existen guías oficiales para determinar qué pacientes se benefician con apendicectomía temprana o apendicectomía diferida. En Julio de 2016 se estableció un protocolo para el manejo de apendicitis complicada en nuestro centro. **Propósito:** comparar de manera retrospectiva la efectividad, resultados y uso de recursos después y antes del protocolo.

MÉTODOS:

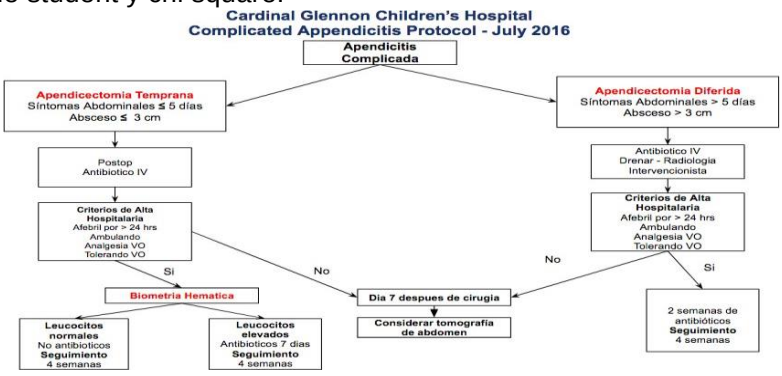
a) Escenario: Seis cirujanos en un Hospital Pediátrico de Tercer Nivel urbano
b) Participantes: Pacientes de 0-18 años de edad con diagnóstico clínico, operatorio o de imagen de apendicitis complicada
c) Intervención: Protocolo para manejo de apendicitis se estableció en Julio de 2016 (figura 1). Análisis de pacientes antes del protocolo de 2010 a 2015 (Grupo 1) comparado con pacientes después del protocolo 2016 a 2017 (Grupo 2).
d) Variables: Datos demográficos, características clínicas, resultados y complicaciones postoperatorias, antibióticos después de alta médica, y uso de tomografía computarizada.
e) Recolección de la información: Retrospectiva
f) Evaluación de las variables sin sesgo: Estudio retrospectivo observacional del manejo de pacientes en base al protocolo. El seguimiento del protocolo fue estricto.
g) Tamaño de la muestra: 446 pacientes
h) El análisis estadístico se realizó con estudio de varianza, t de student y chi square.

RESULTADOS: 446 pacientes fueron incluidos en el estudio (Grupo 1=377, Grupo 2=69 pacientes). No diferencias de género, raza, peso, duración de síntomas, leucocitosis o abscesos pre-operatorios entre los dos grupos. Hubo diferencias significativas favoreciendo al Grupo 2 en el porcentaje de uso de tomografía computarizada (38% vs 26%, p=0.03), número promedio de readmisiones (1.58 vs 1.25, p=0.0001), número de visitas a emergencias después de alta hospitalaria (mediana de 2 vs 1, p=0.006), uso de antibióticos después de alta hospitalaria (93% vs 27%, 0.0001). No hubo diferencias significativas comparando días totales de admisión hospitalaria (6.9 vs 6.7, p=0.98), readmisiones no planeadas (10% vs 14%, p=0.29) y porcentaje de complicaciones (23% vs 27%, p=0.27). Desde el establecimiento del protocolo (Grupo 2), un número mayor de pacientes fueron operados en la primera admisión (53% vs 88%, p=0.0001), y no hubo diferencia significativa en el número de abscesos postoperatorios (7% vs 11%, p=0.154).

DISCUSIÓN: A pesar de favorecer apendicectomías tempranas, la tasa de complicaciones no aumentó de manera significativa. El uso del protocolo ayudo a reducir el número de tomografias y antibioticos despues de alta hospitalaria.

CONCLUSIÓN: El establecimiento de un protocolo de manejo de apendicitis complicada mejora el uso de recursos sin afectar los resultados postoperatorios y complicaciones.

Conflicto de Interés: Este estudio no recibió apoyo o patrocinio



TORSIÓN PRIMARIA DE EPIPLÓN, UNA CAUSA POCO COMÚN DE ABDOMEN AGUDO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO, PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Autor: Dr. Víctor Martínez Bucio
Coautores: Dr. Juan José García Villalobos, Dr. Roberto Azkary Guzmán Montes de Oca
Dr. Guillermo Jacobo Serrano Meneses, Dr. Alberto Delgado Porras
Ponente: Dr. Alberto Delgado Porras
Institución: Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, Ciudad de México.

INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES: Caso 1: Masculino de 8 años de edad con dolor abdominal de 24 horas de evolución, localizado en fosa iliaca derecha, sin irradiación, acompañado de vómito alimentario en 5 ocasiones, sin medicación previa. A la exploración física;; obesidad, posición antiálgica, abdomen con peristalsis disminuída, punto de Mcburney doloroso, signo de Von Bloomberg y Cope positivos. Caso 2: Masculino de 4 años de edad con dolor abdominal de 12 horas de evolución, localizado en fosa iliaca derecha, sin irradiación, acompañado de vómito alimentario en 1 ocasión. A la exploración física;; paciente con obesidad, en posición antiálgica, abdomen con peristalsis disminuída, punto de Mcburney doloroso, signo de Von Bloomberg positivo.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Caso 1: BH con 14,500 leucocitos, 88% de neutrófilos. Rx AP de abdomen con columna antialgica, borramiento de psoas y mala distribución de aire. Se decide solicitar tiempo quirúrgico ante la sospecha de apendicitis aguda. Caso 2: BH con 15,000 leucocitos, 78% de neutrófilos. Rx AP de abdomen con ligera columna antialgica. Se decide solicitar tiempo quirúrgico ante la sospecha de apendicitis aguda.

INTERVENCIÓN TERAPEUTICA: En los dos casos se realizó el mismo abordaje con incisión tipo Rockey Davis. Caso 1: se observa apéndice sana y presencia de torsión primaria de epiplón de 3 vueltas sobre su propio eje, en sentido de las manecillas del reloj y con datos de necrosis, por lo que se realiza omentectomía parcial. Caso 2: se observa apéndice sana, se observa torsión primaria de epiplón con datos de necrosis en la cual se realiza omentectomía parcial.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: El reporte histopatológico describe apéndice sin alteraciones, tejido epiploico con cambios isquémicos subagudos, con proceso inflamatorio crónico leve, trombos hialinos en organización y serositis mixta en los dos casos. Se inicia vía oral a las 18 hrs postquirúrgicas y es dado de alta a las 48 horas, con seguimiento por la consulta externa con buena evolución.

DISCUSIÓN: En México existen solo 7 reportes de casos de torsión primaria de epiplón. Se presenta el caso numero 8 y 9 dentro de la literatura mexicana. La torsión primaria de epiplón es una causa infrecuente de dolor abdominal en niños. Se trata de un conjunto de giros del epiplón alrededor de su propio eje, en sentido de las manecillas del reloj, de etiología desconocida, el cual comprime la arteria epiploica derecha distal, causando dolor abdominal del lado derecho sin irradiaciones en más del 90% de los casos, acompañado en algunos casos de fiebre, vomito y leucocitosis.

CONCLUSIÓN: La patología tiene una incidencia del 0.1% en niños, siendo diagnóstico diferencial de apendicitis aguda. En pacientes adultos el sobrepeso es un factor predisponente de esta patología y parece ser que en los pacientes pediátricos también.

CONFLICTO DE INTERESES: los autores de la presentación de este caso clínico no tienen conflicto de intereses.

PALABRAS CLAVE: Torsión primaria de epiplón;; Apendictis aguda;; Obesidad infantil;; Abdomen agudo.

REPORTE DE CASO CLÍNICO: NEFRECTOMÍA PARCIAL COMO TRATAMIENTO DE TUMOR DE WILMS BILATERAL ASINCRÓNICO

Autor y Ponente: **Dr. Luis Arnulfo Andrade Parra**
Coautores: **Dra. Carmen Leticia Santana Cárdenas, Dr. Rodolfo Arellano Galindo Dr. Alejandro Castillo Garza**
Institución: **Hospital de Pediatría Centro Médico de Occidente, IMSS, Guadalajara**

Masculino de 3 años de edad, antecedentes de tumor de Wilms derecho etapa II histología favorable diagnosticado a los 7 meses de edad, sometido a nefreureterectomia derecha, manteniéndose en seguimiento por oncología por cese efectivo 25 meses posteriores, post-operado de orquidopexia bilateral por criptorquidia bilateral a los 2 años de edad

Paciente quien 2 años posteriores al diagnóstico debuta con hematuria, masa abdominal palpable y falla renal aguda, requiriendo de terapia sustitución renal urgente, con exámenes de laboratorio a su ingreso con hemoglobina de 9.5, creatinina 4.3 urea 100. Se realizo ultrasonido abdominal y tomografía de abdomen identificando tumor solido en polo superior de riñón izquierdo, diagnosticándose Tumor de Wilms Bilateral Asincrónico tardío etapa III, Recibiendo 5 ciclos de quimioterapia, controles tomográficos donde mostraban la disminución tumoración renal en un 30%.

Después de 5 ciclos de quimioterapia neoadyuvante se realiza exploración quirúrgica con evidencia de tumoración en polo superior de riñón izquierdo de 5x4x4cms, no identificándose lesiones metastásicas, decide realizar nefrectomía parcial izquierda, con resección de polo superior de riñón izquierdo y colocación de catéter JJ, con conservación de masa renal en un 60%.

Estudio histopatología mostraba bordes quirúrgicos positivos, sin complicaciones postquirúrgicas. Seguimiento de paciente a los 6 meses de tratamiento con mejoría en el funcionamiento renal, controles de laboratorio con creatinina de 0.5, urea 62, hemoglobina 11, sin ameritar terapia de sustitución renal nuevamente, gammagrama renal conservado, con presencia de hipertensión arterial secundaria, en seguimiento con oncología completando esquema de quimioterapia en protocolo COG.

DISCUSIÓN: La literatura mundial recomienda la nefrectomía parcial como tratamiento quirúrgico en pacientes con Tumoraciones Renales bilaterales, convirtiéndose ya en un estándar de manejo

CONCLUSIÓN: Basados en nuestra experiencia, la nefrectomía parcial en pacientes con tumor de Wilms bilateral es una opción terapéutica aceptable para conservación del funcionamiento renal La principal limitación del caso clínico es el tiempo de seguimiento para valorar una adecuada respuesta al tratamiento a largo plazo.

Conflicto de interés: ninguno por parte del autor

Palabras claves: Bilateral Wilms Tumor, Partial Nephrectomy, Nephron-Sparing surgery;

TUMOR PRIMARIO MÚLTIPLE: OCURRENCIA SINCRÓNICA DISGERMINOMA Y GANGLIONEUROMA

Autor: **Dr. Dr. Luis Velasco Soria**
Coautores: **Dra. Virginia Soledad Reséndiz, Dr. Luis Manuel García Cabello**
Dr. José Refugio Torres, Dra. Elizabeth Islas Sánchez
Ponente: **Dra. Elizabeth Islas Sánchez**
Institución: **Hospital Pediátrico Moctezuma SS, Ciudad de México**

PRESENTACIÓN DE CASO: Femenino 11 años, sin antecedentes de importancia, inicia padecimiento actual 3 meses evolución, con presencia de dolor abdominal tipo cólico, nausea, vómito de contenido gástrico, cuenta con rx abdomen imagen radiopaca en hemiabdomen derecho y epigastrio, desplazamiento asas intestinales a lado contralateral. Exploración física se encontró con masa abdominal en epigástrico de bordes irregulares no limitados de aproximadamente 15cm de consistencia firme, no móvil. Masa en hueco pélvico de aproximadamente 8cm móvil, de consistencia firme bordes regulares bien limitada, móvil. resto de la exploración normal.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Los estudios de imagen reportan dos masas tumorales uno proveniente de retroperitoneo y otro del ovario. USG masa sólida hipovascular entre borde hepático y espacio hepatorenal, contorno liso, 13x11x9cm, útero desplazado a la izquierda masa sólida, lisa, hiperecoica 78x61cms, TAC imagen hipodensa probable quística discretamente heterogenea probable origen retroperitoneal derecha de 144x94x109 mm, imagen hipodensa dependiente de ovario derecho. Marcadores tumores: DHL, AFP drentro de parámetros normales; con elevación de fracción beta de 17.30 mUI/ml.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Laparotomía: Resección tumor retroperitoneal de 14 x14cm, así como tumor ovárico derecho realizándose salpingo-ooforectomia derecha y rutina de ovario.

SEGUIMIENTO: Reporte Histopatología:
Tumor retroperitoneal Glaglioneuroma de 14cm. Salpingo-ooforectomía derecha: disgerminoma de 10.5 cm limitado al ovario (capsula integra). Actualmente asintomática, recibió primer ciclo de quimioterapia con: bleomicina, etoposido, cisplatino.

DISCUSIÓN*:* Las neoplasias primarias múltiples fueron descritas por Billroth en 1879. Pueden ser limitadas a un solo órgano o a órganos anatómicamente separados. Se clasifica en dos categorías: Cuando los dos tipos de tumores se detectan al mismo tiempo (síncrono) o uno puede seguir al otro después de un periodo de dos meses (metacrónico). El patrón de tumores primarios indica que en su mayoría son de origen genético; las combinaciones incluyen retinoblastoma, osteosarcoma, cáncer renal, hemangioblastoma, enfermedad de von Hippel-Lindau), síndrome hereditario de mama y cáncer de ovario, síndrome de Lynch. Se sabe que algunos tumores primarios múltiples son estadísticamente asociados pero la base genética es desconocida.

Ganglioneuroma es un tumor raro. Aunque generalmente se consideran tumores benignos, tienen una tasa de malignidad de 1,3%. Para considerar una tumoración primaria múltiple se deben de tomar en cuenta los criterios de Gates (1932):

1 Cada tumor debe presentar una imagen definida de malignidad
2 Cada tumor debe ser histológicamente distinto
3 La posibilidad de que uno sea una metástasis del otro debe ser excluidos.

Se puede presentar dos tipos distintos de tumor, incluso en ausencia de un aparente síndrome de predisposición tumoral. Sin embargo, la rareza de los tumores coexistentes pero distintos debe llevar a la consideración de diferentes condiciones.

EN CONCLUSIÓN: En este informe documentamos que los tumores sincrónicos son una asociación rara; presentamos uno de los primeros reportes en la literatura nacional. Se enfatiza que el tratamiento para tumor maligno puede tener éxito a pesar de la presencia de otro tumor de diferente tipo histológico.

CASO CLÍNICO: TUMOR PAPILAR QUÍSTICO Y SÓLIDO DE PÁNCREAS

Autor y Ponente: Dr. Jesús Omar Montoya Rojo
Coautores: Dra. Carmen Leticia Santana Cárdenas, Dra. Sara Orona Meléndez, Dra. Mar Ingrid Muñoz Guerrero
Institución: Hospital de Pediatría Centro Médico de Occidente, IMSS, Guadalajara

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Femenino de 11 años de edad, originaria de Sinaloa; sin antecedentes ni comorbilidades agregadas. Inicia su padecimiento con presencia de dolor abdominal, localizado en hipogastrio, de tipo pulsátil, constante, con aumento gradual de su intensidad hasta ser incapacitante, niega otra sintomatología. A la exploración física presenta dolor abdominal a la palpación profunda en epigastrio y en hipocondrio derecho, sin masas ni megalias.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Citometría hemática, función renal y hepática normal. Amilasa 99. Ultrasonido abdominal: Proceso ocupativo de pared isoecoica y homogénea, vascularizado, de medidas 64x64x58 mm, entre el borde inferior del bazo y el borde anteroinferior del riñón izquierdo. Tomografía de abdomen contrastada: Masa sólida con zonas hipodensas periféricas, redondeada, de 69x55x63 mm, con origen aparente en cola de páncreas, que desplaza parcialmente la vena esplénica en sentido superior, y posterior a riñón izquierdo, con densidad de 50-65 uH.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Pancreatectomía distal con resección completa de tumoración de cola de páncreas, encontrando tumor con medidas 7x8x5 cm, de consistencia blanda. Páncreas residual 80%, sano. Arteria y vena esplénicas libres de tumoración.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Evolución favorable, con estancia hospitalaria postquirúrgica de 7 días, prolongada por presencia de fiebre, sin presentar datos de infección nosocomial ó sepsis. Control de enzimas pancreáticas: amilasa 158, lipasa 486, sin dolor abdominal. Resultado de histopatología: Tumor sólido quístico papilar pancreático.

DISCUSIÓN: Es tumor epitelial maligno inusual, con pico de presentación en mujeres jóvenes, compone 1-2.5% del cáncer de páncreas. Se presenta con sintomatología asociada a compresión de estructuras adyacentes ó por dolor abdominal inespecífico. Usualmente no tiene afectación endócrina. En caso de ruptura, puede presentarse hemoperitoneo. Sólo algunos casos reportan masa palpable. La localización es mayor en cola y cuerpo de páncreas. Estudios de laboratorio no describen alteraciones, y no eleva marcadores tumorales, aunque se puede asociar a elevación de receptores de estrógeno y progesterona. Por imagen, en ultrasonido se describe una masa quística y sólida, circunscrita, sin septos internos; y en tomografía, una masa heterogénea y encapsulada. Otras opciones incluyen ultrasonido endoscópico y resonancia magnética. Los hallazgos histopatológicos sugieren origen ductal, teniendo características mixtas, como patrones sólido, pseudopapilar, trabecular y microquístico. Tiene comportamiento maligno, con invasión perineural y vascular. El diagnóstico diferencial incluye quiste congénito, pseudoquiste hemorrágico y neoplasias quísticas, como cistoadenoma y pancreatoblastoma. El tratamiento de elección es la resección completa del tumor, y cuando no es posible, se recomienda excisión con radioterapia de la masa residual. Se recomienda la conservación del bazo con pancreatectomía distal, con curación aproximada al 95%.

CONCLUSIÓN: Es una neoplasia primaria pancreática infrecuente, maligna, de predominio en sexo femenino, con pocos casos reportados en edad pediátrica. Se debe sospechar como diagnóstico diferencial de masa pancreática principalmente en mujeres adolescentes. Tiene buen pronóstico con resección completa de la tumoración, aún en presencia de metástasis.

Consentimiento informado. No requirió autorización escrita al no publicarse datos personales del paciente. Conflicto de interés. No hubo.

Palabras clave: tumor de páncreas, tumor papilar, quiste pancreático.

MANEJO QUIRÚRGICO DE TUMORES RENALES POCO FRECUENTES EN PEDIATRÍA, CASOS CLÍNICOS

Autor : **Dr. José Luis Quintero Curiel**
Coautores: **Dra. Nicte Ha Azucena Torres Guillén, Dr. Onésimo Avilés González, Dr. Jesús Orlando Aquino Hernández, Dra. Yesenia Montes de Oca**
Ponente: **Dra. Yesenia Montes de Oca**
Institución: **UMAE Hospital General Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS, Cd. de Mex.**

INTRODUCCIÓN: .Los tumores renales en la infancia son lesiones de etiología variada que presentan una amplia gama de manifestaciones clínicas, representan el 7% de todas las neoplasias en niños y adolescentes; con criterios diagnósticos y abordaje terapéutico bien establecidos, sobre todo en el tumor de Wilms; sin embargo, existen otros tumores renales en pacientes pediátricos que, aun siendo menos frecuentes, es necesario conocer**.**

OBJETIVO: Dar a conocer la presentación y manejo quirúrgico de 3 pacientes con diagnóstico de neoplasias renales poco frecuentes en pedia-tría, en el servicio de cirugía oncológica pediátrica en un hospital de tercer nivel.

PRESENTACIÓN DE CASOS: CARCINOMA RENAL CROMOFOBO EOSINÓFILO Femenino de 15 años, inicia padecimiento con dolor abdominal en hipogastrio y flanco derecho, asociado a sintomatología urinaria y hematuria macroscópica y fiebre. Se realizó USG y TAC abdominal con hallazgo de tumoración renal derecha, derrame pleural laminar bilateral y atelectasias basales bilaterales. Se realizó laparotomía exploradora, nefroureterectomía derecha con hallazgos: tumor renal altamente vascularizado con bordes irregu-lares, peso de 500grs. Reporte de patología: carcinoma renal cromófobo eosinófilo de 7.9cm, que afecta región media e inferior de parénquima renal e infiltración a cápsula renal, sin afección a tejido adiposo ni fascia, sin infiltración a seno renal y necrosis ausente; grado histológico de Fuhrman IV y III de Paner, sin invasión a uréter, arteria y vena renal; resultados inmunohisto-químicos positivos CD 117, BCL 2, EMA, CD 10. Estadificada en etapa IV, iniciándose manejo con Imatinib por 6 meses. La paciente fue valorada por nefrología diagnosticándose enfermedad renal crónica estadio II. Actualmente viva y en vigilancia médica. **ANGIOMIOLIPOMA RENAL:** Femenino de 4 años, evolución de 5 meses, caracterizado por descarga vaginal y hematuria, USG renal y TAC de abdomen con lesión sólida de riñón derecho en tercio medio y polo inferior. Se realizó heminefrectomía derecha de polo inferior, plastía ureteropiélica y colocación de catéter doble j. con hallazgos de tumoración en sistema pielocalicial de aproximadamente 0.8cm. Reporte de patología de angiomiolipoma renal por lo cual no requirió de manejo oncológico médico, actualmente viva con adecuada evolución.

NEFROMA MESOBLÁSTICO: Femenino de 13 días de vida extrauterina, prematura de 36 sdg, diagnóstico de tumoración renal derecha durante USG prenatal de 51.5mm de volumen, Al nacimiento se palpa lesión abdominal en flanco derecho de 5cm de diámetro. Se realizó laparotomía exploradora nefroureterectomia derecha con hallazgo de tumor de polo superior renal de 6.7cm; reporte histopatológico de nefroma mesoblástico clásico de 6.7cm. restos mesonéfricos ausentes, no se identificó invasión vascular y linfática, necrosis ausente, márgenes libres, no requirió de manejo oncológico, egresada sin complicaciones. Actualmente en vigilancia.

DISCUSIÓN: Los tumores renales no Wilms son difíciles de diferenciar; la TAC y estudios de gabinete permiten determinar la presencia de tumor renal y llegar al diagnóstico oportunamente, en los cuales está indicada la resección del tumor con nefroureterectomia o heminefrectomía si el tamaño del tumor lo permite, siendo esto el factor más importante en el tratamiento con relación en el pronóstico y supervivencia de los pacientes. El tratamiento de los tumores renales no Wilms es multidisciplinario, siendo la cirugía la piedra angular y deben de tener un seguimiento a largo plazo por el riesgo de desarrollar insuficiencia renal.

CONFLICTO DE INTERÉS: Sin conflictos de interés de los autores.

PALABRAS CLAVES: Tumores renales, Carcinoma renal cromófobo, nefroma Mesoblástico, Angiomiolipoma renal , manejo quirúrgico

TUMORES MALIGNOS RESUELTOS POR LAPAROSCOPÍA. SERIE DE CASOS.

Autor y Ponente: **Dr. Mario Riquelme Heras**
Coautores: **Dr. Francisco Rivera Ortegón, Dr. Adrián Elizondo**
Institución: **Hospital Christus Muguerza, Monterrey, N.L.**

FUNDAMENTO: El abordaje mínimo invasivo en tumores malignos en niños no está totalmente aceptado por muchas dudas que quedan por resolver para justificar su aplicación.

PROPÓSITO: El objetivo del estudio es revisar la factibilidad de realizarse y su evolución cuando se abordan por este medio.

MATERIAL Y MÉTODO:

a) Escenario: Pacientes atendidos en hospitles privados de tercer nivel de provincia. Todos los pacientes fueron operados por un mismo cirujano con 33 años de ejercicio profesionaly más de 25 años de ejercer laparoscopia.

b) Participantes Se incluyen pacientes con tumores malignos que se trataron por abordaje laparoscópico y se excluyeron los tumores tratados de manera convencional.

c) Intervención: En el abordaje se usó instrumental de 3 y 5 mm con lente de 4 mm 45 O, en la mayoría de ellos con tres trocars. El sitio de colocación de los trocars dependió del tipo de tumor, tamaño y localización.

d) Variables: Las principales en su evolución fueron el sitio de origen y el tamaño (en los tumores abdominales se tomó en cuenta si sobrepasaba la línea media)

e) Recolección de la información: Estudo Retrospectivo

f) Tamaño de la muestra: Se incluyen 4 tumores de Wilms, 3 rabdomiosarcomas (uno del piso de la vejiga y dos de próstata), 2 neuroblastomas 1 metástasis abdominal de un ependimoma y 1 tumor miofibroblástico del estómago con comportamiento maligno.

RESULTADOS: En los tumores de Wilms ninguno sobrepasó la línea media, uno fue bilateral sincronice *y* se dio quimio preoperatoria, se realizó en el mismo tiempo nefroureterectomía de un lado y polectomía del contralateral. a 6 años de seguimientolos 4 están vivos. Uno de ellos se convirtió por el tamaño *y* los hallazgos transopetratorios. Los rabdomiosarcomas a los tres se realizó cistectomía total (niña) o cistectomía más prostataectomía con derivación continente, los tres están vivos después de 5 años. Los neuroblastomas uno fue torácico y falleció un mes después de su alta por influenza. El neuroblastoma abdominal se resecó parcialmente *y* aún vive. El paciente con tumor de tallo desarrollo metástasis en abdomen el cual se resecó totalmentehace 6 meses. El tumor miofibroblasticode curvatura mayor de estómago se resecó en su totalidad *y* recidivo en tres ocasiones: una en estómago después en vejiga y finalmente en diafragma se dió quimioterapia y después de 15 años sigue con vida. Ningún paciente ha presentado oclusión intestinal por bridas.

DISCUSIÓN: A pesar de ser un serie de casos pequeña (11 casos) y de variado origen anatómico y tamaño se demuestra que en la mayoría es posible abordarlos y resecarlos por cirugía de minima invasión y que su sobrevida es similar a lo que describen otros artículos conabordaje abierto.

CONCLUSIÓN: Los tumores malignos es el último bastión por conquistar en cirugía pediátrica por medio de abordaje laparoscópico. Se requiere de habilidad y muchos años de experiencia con este tipo de abordaje. Asímismo se necesitan de estudios multicentricos y comparativos con el objeto de responder a las preguntas que aun permanecen sin contestar. La quimioterapia preopratoria facilita el manejo del tumor ya que lo disminuye de tamaño y lo vuelve más firme lo que facilita su manejo. Lo más importante al menos en esta serie es que a largo plazo ningún paciente presentó oclusión intestinal por bridas que es frecuente con el abordaje convencional.

CONFLICTO DE INTERÉS: Ninguno.

PALABRAS CLAVES: Laparoscopia, tumores malignos, cirugía de mínima invasión, wilms, rabdomiosarcoma, neuroblastoma, tumor miofibroblastico

RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMORES GERMINALES DE LA REGIÓN SACROCOCCÍGEA.

Autor: Dr. Marco Antonio Salazar Domínguez
Coautores: Dr. José Raúl Vázquez Langle, Dra. Alicia Georgina Siordia Reyes, M en C. Marisa Josefina Guerrero Pesina, Dr. Arturo Arias Ambrosio
Ponente: Dr. Arturo Arias Ambrosio
Institución: Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional SXXI, IMSS, Ciudad de México

TÍTULO: Importancia de la estadificación postquirúrgica en tumores germinales de la región sacrococcígea. Serie de casos (descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo).

FUNDAMENTO: Dentro de los tumores germinales extragonadales, el teratoma sacrococcígeo es el más comunes en la etapa neonatal, acumulando un 70% de dichas neoplasias en la infancia. La clasificación de la enfermedad es histológica que lo clasifica en maduro, inmaduro y maligno, el correcto y oportuno manejo quirúrgico de esta patología es de suma importancia, siendo el pilar para evitar la recidiva y mejorar la sobrevida del paciente

PROPÓSITO: ¿Cuál será el subtipo histológico más frecuente, estadio postquirúrgico inmediato de acuerdo a la Clasificación Internacional de extensión en tumores germinales extragonadales (CITGEG) y evolución, de los pacientes con tumores germinales de la region sacrococcígea operados de reseccion de la lesion?

OBJETIVO: Determinar el subtipo histológico mas frecuente, estadificación inmediata postquirúrgica (CEITGEG) y evolución postquirúrgica mediata de los pacientes operados de reseccion de tumor de la region sacrococcigea.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se desarrolla en hospital de carácter público, tercer nivel de atención, localizado en la Ciudad de México en donde se atienden a personal derechohabientes del centro y sur del país. El cirujano que participó en el estudio tiene 37 años de experiencia quirúrgica. **Participantes:** Pacientes en etapa neonatal y lactante, ambos géneros con diagnóstico de tumor germinal de la región sacrococcígea (Altman), que hayan sido operados en el mismo hospital, que se cuente con estudio tomográfico prequirúrgico y estadio histológico postquirúrgico. **Variables:** Independientes: Tumor germinal de la región sacrococcígea. Dependientes: Peso, edad, género, subtipo histopatológico, estadificación postquirúrgica inmediata de acuerdo a la CITGEG, clasificación de Altman al diagnóstico, recurrencia a los 6 meses en consulta externa. El tipo de muestreo fue no probabilístico y por conveniencia ya que debido al diseño del estudio se incluyeron a todos los pacientes registrados en el archivo que fueron operados de resección tumor germinal en región sacrococcígea. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante medidas de tendencia central y de dispersión, de acuerdo con la escala de medición de las variables y la distribución de las mismas.

RESULTADOS: En un lapso de 6 años, se realizaron 13 cirugías en pacientes pediátricos atendidos con diagnóstico de tumor germinal de la región sacrococcígea (Altman). Se excluyeron 2 pacientes por falta de datos en expediente clínico. La mediana de edad fue de 90 días, un peso de 5600 gramos, siendo un 63.6 % de pacientes del género femenino. En cuanto al subtipo histopatológico, reportamos 7 pacientes (63%) con diagnóstico de teratoma maduro, 2 con diagnóstico de teratoma inmaduro (18%) y 2 con diagnóstico de tumor germinal de estirpe maligna (18%). En ningún paciente durante el tiempo de vigilancia a 6 meses del postquirúrgico por consulta externa se reportó recurrencia. Respecto a la Estadificación postquirúrgica inmediata de acuerdo a la CITGEG, el 90.9%, pertenecieron al tipo I que corresponde a resección completa de la tumoración, coccicctomía con márgenes quirúrgicos libres de lesión mientras que solo 1 paciente (9%) al tipo II con bordes quirúrgicos con residuos microscópicos y ganglios linfáticos regionales negativos.

DISCUSIÓN: Los resultados están limitados por el número de pacientes, pero se determina que la correcta resección tumoral con coccicctomía, reducen en este estudio la recurrencia casi en su totalidad.

CONCLUSIONES: El Subtipo histopatológico más frecuente fue el teratoma maduro con un 63%. El estadio postquirúrgico inmediato de acuerdo a la CITGEG más frecuente fue el estadio I con un 81.4%, con un estadio Altman I en el 36.3%, seguido del II y el III con un 27.4%. Ningún paciente presentó recurrencia de tumoración a 6 meses de seguimiento. **Palabras Claves:** Sacrococcygeal teratoma, tumor, newborn

SOBREVIDA A 3 AÑOS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TUMORES SÓLIDOS SOMETIDOS A METASTASECTOMÍA PULMONAR.

Autor: Dra. Alfa Guadalupe Barraza Tinajero
Coautores: Dr. Gabriel Terán Sánchez, Dra. Bárbara María Yolanda Rivera Pereira
Ponente: Dr. Gabriel Terán Sánchez
Institución: Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional SXXI, IMSS, Ciudad de México.

FUNDAMENTO: En México se reporta un promedio anual de 2,150 muertes por cáncer infantil en la última década, siendo la principal causa de muerte en la población de entre 5 y 14 años de edad y se considera que hasta el 30% de los pacientes en este grupo de edad con tumores sólidos presentarán un estadio IV al momento del diagnóstico. Actualmente el manejo quirúrgico para pacientes con tumores sólidos y metástasis pulmonares es esencial, como parte del tratamiento multidisciplinario, mejorando la sobrevida entre un 40 a 60 % en aquellos pacientes en los que se logra resección completa de las metástasis pulmonares de acuerdo con las diversas series publicadas. En este trabajo se presenta una de las series más grandes publicadas en el país en pacientes pediátricos, donde se incluyeron pacientes con tumores sólidos de diversas histologías, obteniendo resultados equiparables a los publicados en otros centros de tercer nivel en distintos países. Además de analizarse algunos de los principales factores relacionados con mayor sobrevida.

OBJETIVO: Determinar la sobrevida a 3 años en pacientes pediátricos con tumores sólidos sometidos a metastasectomía pulmonar.

MATERIAL Y MÉTODOS. Diseño del estudio: Cohorte retrospectivo del 2008 al 2015. En un hospital público de tercer nivel. Criterios de inclusión: Pacientes pediátricos de 1 a 16 años de edad, operados de resección de metástasis pulmonares. Se realizaron curvas de sobrevida con la prueba de Kaplan Meier. Se empleó estadística descriptiva para las demás variables.

RESULTADOS Se incluyeron a 35 pacientes, el 34% de los participantes pertenecían al género masculino y 66% al género femenino. La sobrevida global a 3 años del grupo estudiado fue de 54.3%. El tumor más frecuente fue el osteosarcoma en un 54.3% de los casos, seguido del tumor de Wilms 20% y del tumor de células germinales testiculares en un 14%. Al realizar el análisis estadístico de sobrevida relacionada con el número de metástasis pulmonares encontramos que en el grupo que presentó menos de 4 metástasis la sobrevida fue mayor (p=0.001) comparada con el grupo de más de 4 metástasis pulmonares. Además, se observó mejor sobrevida en pacientes que tuvieron un mayor tiempo libre de enfermedad a nivel pulmonar (p=0.001). La recurrencia pulmonar fue de 23% de los casos entre los 2 a 24 meses posterior a la metastasectomía con un tiempo promedio de recidiva de 8 meses.

DISCUSIÓN: Los resultados obtenidos en nuestro estudio son similares a lo reportado en la literatura a nivel mundial donde la sobrevida es de entre 40 a 60 % en nuestro estudio fue de 54%, la variación en los resultados puede ser debida a los diferentes tipos histológicos incluidos en las series. Encontramos una asociación inversamente proporcional entre el número de metástasis y el tiempo de sobrevida (p=0.001) lo cual concuerda con lo reportado por otros autores como Kempf B. et al y Tronc F. et al. El tiempo libre de enfermedad está relacionado directamente con la sobrevida por lo cual consideramos que la resección completa con márgenes libres es un punto clave para el tratamiento de estos pacientes.

CONCLUSIONES: En pacientes con metástasis pulmonares los factores más importantes relacionados con la sobrevida son la histología del tumor primario, el tiempo libre de enfermedad a nivel pulmonar y el número de metástasis pulmonares. La resección de metástasis pulmonares es un procedimiento seguro como parte de un tratamiento multidisciplinario, que mejora la sobrevida y en algunos casos ofrece curación de la enfermedad.

CONFLICTO DE INTERES: Los autores declaran que no existe conflicto de interés
PALABRAS CLAVE: metastasectomía pulmonar, s obrevida, pediatría

ANÁLISIS DE LA CASUÍSTICA DE TUMORES RENALES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Autor: Dr. Alex Tony Reyes Santiago
Coautores: Dr. Pablo Lezama Del Valle, Dra. Claudia Leticia Moreno Acosta
Dr. Jorge Cortés Sauza
Ponente: Dra. Claudia Leticia Moreno Acosta
Institución: Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México

TITULO: Análisis de la Casuística de los tumores renales en niños menores de 1 año en un Hospital Pediátrico de Referencia **FUNDAMENTO:** A nivel mundial existe muy poca evidencia que reporta la incidencia, características demográficas, comportamiento clínico, y sobrevida libre de enfermedad y global de los pacientes con tumores renales en **menores de 1 año**; y en México no tenemos datos al respecto por lo que decidimos realizar este estudio**.**
PROPÓSITO: Analizar la casuística de los tumores renales en niños menores de 1 año de edad en un Hospital Pediátrico de Referencia. Describir las características clínicas y epidemiológicas, la sobrevida libre de enfermedad y la sobrevida global en este grupo de pacientes **MATERIAL Y MÉTODOS:** Es un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y comparativo, de los tumores renales en niños menores de 1 año operados y tratados por cirujanos pediatras oncólogos con más de 10 años de experiencia en un Hospital Pediátrico de tercer nivel, durante el periodo de enero de 1998 a diciembre del 2016. Los criterios de inclusión fueron pacientes con tumor renal primario menores de 1 año con expediente clínico completo y los criterios exclusión fueron pacientes que posterior a la cirugía continuaron el manejo y seguimiento en su centro hospitalario de referencia y los criterios de eliminación fueron pacientes con presentaban el expediente clínico incompleto. No hubo maniobras de intervención. Las variables independientes que se estudiaron fueron la histopatología y el Estadio y las variables dependientes fueron: Sobrevida global, Sobrevida libre de evento de enfermedad, Muerte, Tipo de quimioterapia, Tipo de cirugía y sí recibió o no radioterapia. No tenía sesgo la evaluación de estas variables. La recolección de datos se obtuvo a través de revisión de expedientes clínico, radiográfico y de patología. El tamaño de la muestra fue por conveniencia, todos los pacientes tratados hasta el momento de estudio. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS.18.0 y Windows XP. Se utilizan herramientas de estadística descriptiva para caracterizar a los sujetos. Chi cuadrada para análisis de frecuencia. Se utilizó la Curva de Kaplan Meier para estimar la sobrevida libre de enfermedad y sobrevida total de los diferentes tipos de tumores renales. Razón de momios para comparar los diferentes tipos de tumores. **RESULTADOS:** Durante un periodo de 19 años se operaron 161 pacientes con diagnóstico de tumor renal; 22 fueron menores de 1 año, representando el 13.6% del total de la población. Para el estudio se incluyeron 20 pacientes; 2 continuaron el tratamiento en su hospital de referencia. La edad al diagnóstico comprende desde los 2 días hasta los 11 meses, con una media de 6.8 meses y una mediana de 7.5 meses. La histología predominante fue el tumor de Wilms con 12 (60%) pacientes, seguido por el nefroma mesoblástico congénito con 5 (25%) pacientes, el tumor rabdoide renal maligno con 2 (10%) pacientes, y el nefroma quístico con 1 (5%) paciente. Se presentaron 8 (40%) pacientes menores de 6 meses: 3(37.5%) con nefroma mesoblástico congénito, 3 (37.5%) con tumor de Wilms, y 2 (25%) con tumor rabdoide renal maligno. Todos los pacientes con tumor de Wilms presentaron histología favorable. En cuanto al estadio, 5 (25%) pacientes se presentaron en estadio I, 5 (25%) en estadio II, 4 (20%) en estadio III y 6 (30%) en estadio V. Se presentaron 3 (15%) recaídas; uno con tumor de Wilms en estadio V, 1 nefroma mesoblástico congénito en estadio I, y 1 tumor rabdoide renal maligno en estadio III. Hubo 2 (10%) defunciones; ambos fueron tumor rabdoide maligno renal. La sobrevida libre de enfermedad para toda la población es del 85%; para el tumor de Wilms es del 91%, para el nefroma mesoblástico congénito del 80%, el tumor rabdoide renal del 50%, y el nefroma quístico del 100% (p:=0.15). La sobrevida global para toda la población es del 90%; para el tumor de Wilms del 100%, el nefroma mesoblástico congénito del 100%, el nefroma quístico del 100%, y 0% para el tumor rabdoide maligno renal (p:=000).**DISCUSIÓN:** Al igual que en los estudios recientes, en nuestra serie el tumor renal más frecuente en menores de 1 año es el tumor de Wilms con un 60%, seguido por el nefroma mesoblástico congénito con el 25%; posteriormente se encuentran los tumores “raros” como en tumor rabdoide y el netroma quístico. En nuestro estudio el nefroma mesoblástico congénito y el tumor de Wilms se presentaron en igual porcentaje con el 37.5% en pacientes menores de 6 meses; pero el 60% de los nefromas mesoblástico congénito son menores de 6 meses. La sobrevida libre de enfermedad y sobrevida global para toda la población en estudio fue del 85% y 90% respectivamente; muy similar a lo descrito en la literatura; la sobrevida global para el tumor de Wilms, el nefroma mesoblástico congénito y nefroma quístico fue del 100%; esto se debe al estadio temprano en su presentación. La sobrevida global en el tumor rabdoide maligno es muy pobre, y en menores de 6 meses sólo el 15% sobrevive a los 2 años; en nuestra serie los dos casos fallecieron; aunque fueron de causas indirectas a la enfermedad; el pronóstico es sombrío **CONCLUSIÓN:** En menores de 1 año de edad el nefroblastoma o tumor de Wilms es el tumor renal más frecuente. En menores de 6 meses el nefroma mesoblástico congénito se presenta más frecuentemente. El tumor de Wilms se presenta en estadio temprano, con una excelente sobrevida del 100% en nuestro estudio. En el nefroma mesoblástico la nefroureterectomia radical con bordes quirúrgicos libres es la piedra angular del tratamiento La cirugía debe ser el tratamiento inicial en pacientes menores de 1 año; y quienes son diagnosticados con nefroblastoma y cumplen con los criterios descritos de ser estadio I, con histología favorable y peso del tumor menor de 550gr, se debe evitar la quimioterapia.No hubo conflicto de intereses.

TRATAMIENTO DE MALFORMACIONES VASCULARES COMPLEJAS CON INHIBIDORES m-Tor – SIROLIMUS. SERIE DE CASOS

Autor y Ponente: **Dr. Juan Carlos Duarte Valencia**
Coautores: **Dra. Fanny Araceli Ariza Ampudia, Dr. Jorge Iván Carrillo Miranda, Dr. Ricardo Chávez Avila**
Institución: **Angeles Tijuana, Hospital General Tijuana, Centro Oncológico Pediátrico.**

FUNDAMENTO: Las anomalias vasculares son un espectro de lesiones en el desarrollo y crecimiento de los vasos sanguineos que se clasifican en tumores y malformaciones vasculares (MVs). El concepto tradicional de que las MVs presentan un ***"ciclo celular normal y permanecen estaticas, SIN proliferación"*** ha cambiado y ahora sabemos que presentan proliferación lenta, progresiva, expansiva, infiltrante que ocasiona compresion, deformacion y alteraciones funcionales con el transcurso de los años. Esto las hace suceptibles a tratamiento médico para bloquear dicha proliferación. Durante décadas han sido tratadas mediante procedimientos que buscan destruir y/o remover en forma directa el endotelio vascular malformado; este abordaje ha sido particularmente problemático en MVs COMPLEJAS (MVsC), que en su *"arquitectura tienen diferentes vasos, son difusas, infiltran multiples planos, organos, estructuras neurovasculares y se acompañan de tejido fibroconectivo anormal"*, lo que hace imposible su resección, morbi-mortalidad asociada elevada y pronóstico sombrío. Los inhibidores mTor han mostrado ser efectivos bloqueando la proliferación de las MVsC, reduciendo el tamaño, limitando el efecto de masa y controlando las complicaciones tales como sangrado, trombosis, ulceración y alteraciones funcionales; además de que perfil de seguridad es bien conocido decidimos utilizar este medicamento en pacientes con MVsC. **PROPÓSITO:** Evaluar la utilizacion de inhibidores mTor para detener la progresion de la proliferacion y consecuentemente mejorar la morbilidad funcional que ocasionan las MVsC.

MATERIAL Y MÉTODO: Se evaluaron de forma retrospectiva los pacientes con anomalías vasculares que fueron atendidos en la Clínica de Anomalías Vasculares en el Norte del País (Público y Privado) en un periodo de Octubre de 2005 a Abril de 2018 que fueron diagnosticados con MVsC y que hayan recibido o estén recibiendo inhibidores mTor como tratamiento. Se excluyeron los pacientes que no recibieron este tratamiento. El tratamiento sirolimus (*Rapamune ^{TM}, solución oral 1mg/1mL Pfizer*), 0.35 a 0.8 mg/m^2/día duración 06 a 18 meses; evaluación cada mes clínica, laboratorial, pictográfica y percepcion de mejoria de los padres. Los pacientes recibieron profilaxis antibiótica contra pneumocystis carinii y jiroveci.

RESULTADOS: Se evaluaron 2,340 pacientes; el 40% (n:936) tumores vasculares y el 57% MVs (n:1334) 3% no clasificable (n:70), 13 pacientes recibieron inhibidores mTor; 9 pacientes con hemangioendotelioma kaposiforme y 4 pacientes con MVsC motivo del trabajo. Todos tenían como antecedente escleroterapia y cirugías en un intento de mejorar sus condiciones funcionales sin éxito y sin percepción de mejoría por parte de los padres. **Caso 1:** Femenino 11 años con malformación linfática microquistica-venosa en lengua, con macroglosia que impide el cierre bucal, hablar, deglutir, salivación, halitosis, sangrado episodios recurrentes de infección. **Caso 2:** Masculino 2 años 6 meses con malformación veno-linfático capilar periocular derecha que impide apertura palpebral, sangrado recurrente. **Caso 3:** Masculino 7 años con malformación linfática microquística-venosa estadio V deSeres. **Caso 4:** Femenino de 6 años con lesión veno-linfático capilar en extremidad inferior derecha que impide deambulación, edema, incapacidad para la flexión de rodilla, dolor intermitente intenso y sangrado. Todos los pacientes presentaron dentro de los primeros 4 meses reducción clínica evidente del volumen con mejoría funcional de las áreas que afectaban; reduciendo los episodios de infección y sangrado. Seguimiento promedio de 8 meses. La percepción de los padres fue de mejoría, solicitando continuar con el tratamiento. Tres pacientes presentaron elevación transitoria de los niveles séricos de colesterol que redujeron a límites normales al reducir la dosis del medicamento. No existió evidencia de mucositis, edema periférico, hipertensión, hipertrigliceridemia y neumonitis. **DISCUSIÓN:** mTor es una kinasa de serina/treonina regulada por la fosfoinositol-3-kinasa (PI3K) y actúa como un interruptor maestro de numerosos procesos celulares, que incluyen el crecimiento celular, angiogénesis y linfangiogénesis; su actividad se encuentra aumentada en numerosas neoplasias y se le considera una diana terapéutica o ***"blanco molecular",*** el bloqueo de dicha kinasa permite limitar el crecimiento de las MVsC. **CONCLUSION:** El SIROLIMUS es un medicamento que inactiva mTor, de bajo riesgo, bien tolerado con pocos efectos secundarios, de administración oral el cual lo hace un candidato idóneo para el tratamiento de las MVsC. No conflicto de interes. **Palabras Clave:** anomalias vasculares.

SALVAMENTO VASCULAR EN SARCOMAS DE TEJIDOS BLANDOS EN PEDIATRÍA

Autor: Dr. Miguel Angel Medina Andrade
Coautores: Dr. José Antonio Gutiérrez Ureña, Dr. Jaime Orozco Pérez, Dr. Jaime Gilberto López Taylor, Dr. Moisés González Cárcamo
Ponente: Dr. Moisés González Cárcamo
Institución: Antiguo Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, Jal.

INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES: Caso uno: Masculino 6 años con rabdomiosarcoma retroperitoneal derecho, infiltrante de gran volumen e irresecable, envuelve la aorta en su bifurcación, arterias iliacas primitivas e involucro de la vena cava y la vena iliaca izquierda. **Caso dos:** Masculino de 14 años antecedente de neurofibroma en extremidad inferior derecha, resecado en dos ocasiones a los 5 y 12 años, cursa nuevamente con aumento de volumen en la misma región de un año de evolución, masa indolora, deformante, fija a planos, limita la deambulación.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Caso Uno: Ultrasonido (USG) y tomografía se observa tumor retroperitoneal en línea media predominio derecho de 12 x 15 x 10 cm, que involucra aorta en su bifurcación, arterias iliacas, vena cava e iliaca, se toma biopsia incisional, inició quimioterapia neoadyuvante sin adecuada reducción de volumen tumoral, se intensifica ciclos de neoadyuvancia con VAC, se logra reducción de un 40%, se planea cirugía. **Caso dos:** USG y tomografía masa tumoral sólida multilobulada en región superior del muslo derecho que desplaza, envuelve e involucra arteria y vena femoral, de un tamaño de 12 x 15 x 10 con sospecha diagnóstica recidiva de neurofibroma vs tumor maligno de vaina periférica, se decide intervención quirúrgica

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Caso uno: Abordaje línea media a retroperitoneo identificando masa dura, nodular, bilobulada 10 x 10 x 5 cm, se realiza resección tumoral completa macroscópica, resección de la bifurcación de la arteria aorta abdominal y ambas iliacas primitivas, se reseca vena cava intra-tumoral y vena iliaca derecha, se colocan injertos vasculares de Dacron de la aorta hacia ambas arterias iliacas y de la vena cava hacia la vena iliaca derecha, se corroboran flujos y función, se egresa con tratamiento anti-trombótico. **Caso dos:** Abordaje longitudinal del muslo derecho, se realiza resección tumoral completa macroscópica, tumoración multilobulada que envuelve arteria femoral profunda, en contacto íntimo con la arteria femoral superficial, con control vascular y resección de arteria femoral profunda y vena femoral, se coloca un shunt con un injerto expansible anillado de PTFE (Poliytetrafluoroethyleno) con funcionalidad, egresa con anti-trombótico, histopatológico tumor maligno de vaina nerviosa periférica.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Caso uno: injerto funcional, trombo adherido a pared del injerto sin oclusión, con tratamiento antitrombótico, quimioterapia (QT) y radioterapia (RT), seis meses en seguimiento posterior al procedimiento quirúrgico. **Caso dos:** injerto funcional, presentó edema de la extremidad y acumuló linfa en tercer espacio, requirió drenajes y aplicación de esclerosante, tratamiento antitrombótico, QT y radioterapia (RT), con diez meses en seguimiento.

DISCUSIÓN: El control local con resección quirúrgica completa, es fundamental para la sobrevida de los niños con sarcomas de tejidos blandos (STB), la QT y RT no son suficientes para controlar la enfermedad. Anteriormente la infiltración a arterias y venas mayores se consideraba una contraindicación para cirugía de resección tumoral y estos pacientes eran confinados en el caso de tumores retroperitoneales a quedar fuera de tratamiento oncológico o amputaciones de extremidades. Varios autores han demostrado que la reconstrucción vascular, con la resección tumoral completa mejora el pronóstico de estos tumores a pesar alta posibilidad de recurrencia. La resección completa con márgenes libres con reconstrucción vascular permite resultados alentadores en la supervivencia para los niños con STB considerados no resecables.

CONCLUSIÓN: La sustitución y reconstrucción de un gran vaso en tumores sólidos junto con la resección tumoral completa con márgenes libres es factible en la edad pediátrica y permite mejorar los índices de sobrevida.

CONFLICTO DE INTERÉS: Sin conflicto de intereses.

PALABRAS CLAVE: Sarcomas de tejidos blandos, resección tumoral completa, injerto vascular.

SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO MEDIO EN PEDIATRÍA. REPORTE DE LA EXPERIENCIA INICIAL EN EL MANEJO LAPAROSCÓPICO EN DOS CASOS.

Autor: Dr. Pierre Jean Aurelus
Coautores: Dr. Jorge Ignacio Fuentes Guerrero, Dr. Carmen Magdalena Licona Islas. Dr. Bárbara María Yolanda Rivera Pereira
Ponente: Dr. Jorge Ignacio Fuentes Guerrero
Institución: Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional SXXI, IMSS, Ciudad de México.

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de ligamento arcuato medio o de la arteria celíaca, es un desorden poco frecuente, con incidencia en la población general del 7.3%, sin reporte en pediatría, causado por la compresión de la arteria celiaca por el ligamento arcuato medio del diafragma, lo que ocasiona dolor abdominal crónico. Respecto a su diagnóstico y tratamiento existe poca información en pacientes pediátricos. El tratamiento quirúrgico es el que muestra mejores resultados y consiste en la liberación del ligamento arcuato medio. Los reportes de resolución mediante laparoscopia observan buenos resultados, sin embargo son escasos. En este trabajo presentamos los detalles técnicos y la evolución de dos pacientes en los que se realizó abordaje laparoscópico en nuestra unidad.

PRESENTACIÓN DE CASOS: Caso 1: Femenino de 12 años, con epilepsia. Presenta dolor abdominal postprandial de 2 años de evolución, con miedo intenso a ingerir alimentos. Evaluación multidisciplinaria sin encontrar la causa del mismo. En angiotomografía de abdomen se observa probable estenosis de tronco celiaco. Se somete a arteriografía por hemodinamia documentando síndrome de ligamento arcuato medio (SLAM). Se realiza abordaje laparoscópico con técnica de tres puertos, óptico umbilical 5 mm y dos subcostales de 5 mm. Se convierte procedimiento por dificultades técnicas. Se termina por técnica habitual de forma exitosa. Tiempo quirúrgico de 170 minutos, con sangrado de 80 ml, reinicio de vía oral a las 48 h y estancia hospitalaria de 7 días. Con seguimiento por consulta externa con ganancia ponderal y sin recidiva de síntomas. **Caso 2:** Femenino de 9 años sin antecedentes de importancia. Cursa con dolor abdominal postprandial de 1 año de evolución. Evaluación multidisciplinaria sin mejoría del cuadro y sin diagnóstico del mismo. Se realiza ultrasonografía Doppler abdominal sugerente de SLAM. El diagnóstico se confirma por arteriografía selectiva del tronco celiaco en hemodinamia. Llevamos a cabo procedimiento quirúrgico mediante laparoscopia. Se posiciona a la paciente de acuerdo a la técnica francesa, puerto óptico umbilical 12 mm y 4 puertos de trabajo de 5 mm, abordaje por la transcavidad de los epiplones, hasta localizar el tronco celiaco, liberamos tronco de fibras de crura y esqueletizamos las ramas del tronco, visualizando adecuado pulso. Sangrado estimado de 5 ml, duración de procedimiento quirúrgico de 180 minutos, sin complicaciones, reinicia vía oral a las 24 horas y egresa a los dos días del postquirúrgico. Continua seguimiento por la consulta externa sin recidiva del dolor.

DISCUSIÓN: No existen protocolos en la población pediátrica para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico óptimos del síndrome del ligamento arcuato medio, por su infrecuente presentación. Con los avances técnicos y la mayor disponibilidad, la laparoscopia es una herramienta que se utiliza con mayor frecuencia ya que ofrece una mejor visualización y exposición de estructuras, reinicio de vía oral temprano, menor tiempo de hospitalización y resultados estéticos satisfactorios.

CONCLUSIÓN: El tratamiento del síndrome de ligamento arcuato medio por laparoscopía es una alternativa al abordaje abierto, que muestra eficacia similar y es factible en nuestro medio, brindando al paciente pediátrico los beneficios de la mínima invasión sin mermar los resultados.

CONFLICTO DE INTERES: No existe ningún conflicto de interés.

Palabras Clave: Síndrome de ligamento arcuato, laparoscopia, pediatría

EXPERIENCIA DE SIROLIMUS EN NIÑOS CON TUMORES Y MALFORMACIONES VASCULARES

Autor: **Dr. Eduardo Vásquez Gutiérrez**
Coautores: **Dr. Ibraim Soto García, Dra. Claudia María Martínez Zurita, Dr. Jesús René Rubio López**
Ponente: **Dr. Jesús René Rubio López**
Institución: **UMAE 25, IMSS; Monterrey, N.L**

TÍTULO: Experiencia con sirolimus en tumores y malformaciones vasculares; diseño de estudio: serie de casos.

FUNDAMENTO: No se cuenta con experiencia en el uso de sirolimus en pacientes con tumoraciones y malformaciones vasculares, y generalmente son tratados con anti angiogénicos o esclerosantes. Una opción terapéutica es el uso de inhibidores de la rapamicina para pacientes con tumores vasculares sin respuesta a las terapias convencionales o en malformaciones vasculares complejas.

PROPÓSITO: Determinar la respuesta al sirolimus en pediatría con tumoraciones y malformaciones vasculares

MATERIAL Y METODOS:

a) Escenario: Desarrollado en un hospital público de tercer nivel, situado en capital, participa cirujano oncólogo pediatra con 16 años de experiencia, 23 años de graduado de cirugía pediátrica, experto en su área.

b) Participantes: Se incluye a los pacientes de 0 a 14 años con tumores y malformaciones vasculares sin tratamiento médico previo o con fracaso a terapia convencional, se excluyen pacientes con abandono al tratamiento y se eliminan los que no contaran con información completa.

c) Intervención: Revisión de pacientes en la consulta externa de cirugía pediátrica durante el periodo de enero de 2017 a marzo de 2018.

d) Variables: Edad, genero, tipo de afección vascular, localización, efectos adversos al medicamento, nivel sérico al observar el efecto adverso, porcentaje de reducción de la lesión, tiempo de uso del medicamento al observar la reducción.

e) Recolección de información: Se obtiene la información de manera prospectiva durante la valoración en la consulta externa del servicio de manera bimestral.

f) Tamaño de muestra: Total de 20 pacientes, se incluyen 18 y se excluyen 2.

g) Análisis estadístico: Descriptivo, el análisis es con frecuencia simple y media.

RESULTADOS: Seguimiento por 1 año, el 33.3% de pacientes tenían de 1 a 5 años, distribución equitativa con respecto al género. El hemangioma fue el diagnóstico más frecuente en 55.6 %, La localización más observada fue en cara en un 38.9%. El 39% de los pacientes tuvieron efecto adverso y predomino la gastritis, de estos, el 57.1% con niveles séricos elevados. La mejoría se fue del 88% de los casos en promedio a los 2.5 meses, los tumores vasculares sin respuesta fue del 18.1% y en malformaciones vasculares en 28.5%, respuesta parcial (30% – 70%) en un 44.4%.

DISCUSIÓN: Con una respuesta aceptable hasta un 60% de reducción, en un tiempo de uso menor a 3 meses, los pacientes con fracaso al tratamiento previo presenta una reducción importante, pocos efectos adversos y ninguno grave que comprometa la vida del paciente, limitándose la respuesta al tratamiento por la dificultad de alcanzar los niveles séricos adecuados.

CONCLUSIÓN: Predomina la respuesta parcial por la dificultad de alcanzar los niveles séricos adecuados, efectos adversos mínimos, por lo que consideramos medicamento seguro, pero de difícil administración a la población pediátrica.

CONFLICTO DE INTERÉS: Sin conflicto de interés.

PALABRAS CLAVES: Sirolimus, pediatría, malformaciones vasculares, hemangioma

MANGA GÁSTRICA, UNA OPCIÓN DE TRATAMIENTO EFICAZ EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON OBESIDAD MÓRBIDA, PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA QUIRÚRGICA.

Autor y Ponente: **Dr. Víctor Martínez Bucio**
Coautores: **Dra. Elena Margarita González Ascencio, Dr. Fernando Cerón Rodríguez**
Institución: **Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, Ciudad de México.**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Se presenta el caso de un paciente masculino de 16 años de edad, originario de la Ciudad de México, es enviado a la consulta externa de cirugía pediátrica con diagnóstico de obesidad mórbida, con un peso de 152 Kg e IMC de 54.2.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Se comenzó el estudio el paciente para determinar si era candidato a cirugía bariátrica en los 6 meses subscecuentes. Se solicitó evaluación por endocrinología pediátrica, gastroenterología, nutrición, psicología y psiquiatría como protocolo pre-quirúrgico.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: El procedimiento comienza con el paciente en decúbito dorsal en posición francesa realizando neumoperitoneo con técnica cerrada con aguja de Veress en el punto de Palmer a nivel de hipocondrio izquierdo línea medio clavicular por debajo del reborde costal. Colocación de 5 puertos de trabajo. Se inicia la disección de la membrana gastrofrénica, disección de omento mayor y disección de vasos cortos con armónico, división gástrica con engrapadora lineal laparoscópica de 60mm del antro hacia el angulo de His, posteriormente en cuerpo y fondo hasta liberar por completo, refuerzo con sutura de polipropileno 2-0 (puntos seromusculares). Verificamos hemostasia y se coloca drenaje tipo penrose.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: 1er día post-qx;; se mantuvo en ayuno, 2do día;; se agregó hielo vía oral a tolerancia, 3er día, se realiza prueba de azúl de metileno + dieta líquida. Se realiza revisión del penrose sin datos de fuga, se retira penrose, soluciones y medicamentos. Se da de alta a su domicilio con dieta a base de licuado proteico por 1 mes. Seguimiento por consulta externa satisfactorio a los 10 días, al mes, 6 meses y año de la cirugía. A los 6 meses pérdida de peso de 32 Kg. Al año se registró un peso de 110 Kg con una pérdida de peso de 42 Kg con una disminución del IMC hasta 39.2 mejorando notablemente la calidad de vida.

DISCUSIÓN: Uno de cada tres adolescentes tiene obesidad o sobrepeso en México. Este tipo de técnica quirúrgica tiene como ventaja principal el no requerir de una anastomosis durante su procedimiento, reduciendo así el riesgo de una hernia interna y el desarrollo de una úlcera marginal. Además se respeta la absorción intestinal, se previene el síndrome de Dumping y hay menos complicaciones metabólicas y nutricionales que con otras técnicas.

CONCLUSIÓN: México tiene el primer lugar en obesidad infantil a nivel mundial. A pesar del manejo preventivo existe casos en los que está justificado el manejo quirúrgico. En los últimos años, la manga gástrica ha demostrado que es un procedimiento efectivo, seguro y duradero en pacientes adultos, sin embargo en niños, no existe un estudio a largo plazo que nos oriente en la técnica quirúrgica y evolución de los pacientes, por lo que con la presentación de este caso clínico y la descripción de la técnica quirúrgica de manera detallada, se abre un cúmulo de posibilidades para mejorar la calidad de vida de este tipo de pacientes.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores de la presentación de este caso clínico no tienen conflicto de intereses.

PALABRAS CLAVE: Obesidad infantil;; Manga gástrica;; Cirugía bariátrica

.

SOBREVIDA EN PACIENTES CON TUMOR DE WILMS POSTERIOR A RESECCIÓN TUMORAL; EXPERENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DEL NORESTE DEL PAÍS; SERIE DE CASOS

Autor: Dr. Eduardo Vásquez Gutiérrez
Coautor: Dr. Jorge Rodrigo Quintanar Morales, Dr. Oscar Aberto Infante González
Dra. Ana Gabriela Segura Basurto
Ponente: Dra. Ana Gabriela Segura Basurto
Institución: UMAE 25, IMSS; Monterrey, N.L

FUNDAMENTO: conocer la eficacia del manejo quirúrgico de pacientes pediátricos con tumor de Wilms unilateral en centro hospitalario de tercer nivel de atención.

PROPÓSITO: determinar la sobrevida global y sobrevida libre de enfermedad de pacientes que han sido sometidos a resección quirúrgica tumoral del periodo enero 2015 a marzo 2018.

MATERIAL Y MÉTODOS: centro hospitalario de tercer nivel público en provincia con población pediátrica oncológica de los estados del noreste de la república mexicana. Participa cirujano oncólogo pediatra con 16 años de experiencia adscrito al servicio de cirugía pediátrica

PARTICIPANTES: pacientes con diagnóstico de tumor de wilms con un rango de edad entre 0 meses a 15 años, de enero del 2015 a marzo 2018, con resección quirúrgica tumoral. Criterios de eliminación: tumor bilateral, información incompleta.

INTERVENCIÓN: nefrectomía (estadios I y II), y nefrectomía más ureterectomia en el estadio III, de acuerdo a la clasificación COG posterior a quimioterapia.

VARIABLES: se consideraron como variables cualitativas la presencia de tumor de Wilms unilateral, estadio de la enfermedad, estado actual y con presencia de metástasis o enfermedad residual.

RECOLECCIÓN DE DATOS: Se revisaron expedientes clínicos y electrónicos para identificar estado posquirúrgico y estado actual: quimioterapia, radioterapia, vigilancia ambulatoria, enfermedad residual o metástasis documentada.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: 21 pacientes cumplieron los criterios de inclusión.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Para la estadística descriptiva se utilizó media y mediana (variables cuantitativas), para las variables cualitativas se utilizaron porcentajes.

RESULTADOS: un total de 19 pacientes con rango entre 8 meses a 12 años, media de 4.6 años y mediana de 4 años; 10 hombres y 9 mujeres. La sobrevida global a 3 años fue de 89.5% (17 pacientes) y 15 pacientes con sobrevida libre de enfermedad que representa un 79%.

DISCUSIÓN: La sobrevida global y libre de enfermedad posterior al tratamiento quirúrgico fue adecuada ya que el porcentaje de sobrevida supera los 12 meses.

CONCLUSIÓN: Los resultados de este estudio nos permiten concluir que la nefrectomía posterior a la quimioterapia en paciente con tumor de Wilms es efectiva para la sobrevida libre de enfermedad y que los esfuerzos deben ser enfocados en la detección e intervención quirúrgica temprana.

Conflicto de intereses: no se presentaron

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE MASAS OVÁRICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICAS. ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL

Autor y Ponente: **Dr. Cristhian Camilo Cabrera Chamorro**
Coautores: **Dr. Carlos Alberto Caicedo Paredes, Dr. Freddy Israel Pantoja Chamorro**
Dra. Ebenis Alejandra Portillo Bastidas
Institución: **Hospital Fundación Infantil Los Angeles, Colombia.**

OBJETIVO: Revisión del diagnóstico y manejo de las masas ováricas en población infantil, mediante la identificación de factores de riesgo preoperatorios de malignidad, la evaluación del manejo quirúrgico y sus resultados.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo en pacientes pediátricas, intervenidas quirúrgicamente por masas ováricas. Se registraron datos como síntomas, imágenes diagnósticas, marcadores tumorales, tratamiento, resultados y patología. La variable principal fue malignidad ovárica.

RESULTADOS: Se identificaron 54 pacientes con masas ováricas entre el año 2014 a 2017, de las cuales 49 fueron benignas y 5 malignas; Las masas ováricas malignas fueron significativamente más grandes que las benignas, con media de 19,4 cm vs 6,49 cm (p=0,0001); tuvieron mayor componente sólido en los hallazgos imagenológicos y marcadores tumorales positivos (p=0,001) y fueron tratadas con ooforectomía más cirugía de estadificación tumoral. A 43 pacientes con tumores benignos se les realizó cirugía preservadora de ovario. El seguimiento postoperatorio de las pacientes fue en promedio de 3,4 meses (1-25 meses) y el 20,3% presentaron dolor pélvico asociado a alteraciones del ciclo menstrual. No hay reportes de recidiva ni tumor de ovario contralateral.

CONCLUSIONES: Masas grandes, con componentes sólidos y marcadores tumorales positivos fueron predictores significativos de malignidad. La cirugía preservadora de ovario por vía mínimamente invasiva debe ser consi derada como primera opción de tratamiento en masas con bajo riesgo de malignidad. Por otra parte, la ooforectomía más cirugía de estadificación tumoral, debe ser considerada para los tumores ováricos con alto riesgo de malignidad.

USO DE TOXINA BOTULÍNICA EN DEFECTOS DE PARED CONGÉNITO

Autor: Dra. Gabriela Ambriz González
Coautores: Dr. Emilio Corbalá Fuentes, Dra. Jessica Yarza Fernández, Dr. Javier León Frutos, Dr. Pedro Berrones Moreno
Ponente: Dr. Pedro Berrones Moreno
Institución: Hospital de Pediatría Centro Médico de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jal.

INFORMACIÓN DEL (LOS) PACIENTE(S): El manejo quirúrgico de los defectos de pared abdominal congénito es un reto para el cirujano pediatra; su tratamiento ha evolucionado con el paso del tiempo. Presentamos 2 pacientes con defecto abdominal congénito cubierto en quienes se decidió tratamiento definitivo tardío. Siendo un reto para el cirujano ya que quedan con una gran hernia ventral, para lo que se han propuesto la realización de colgajos, colocación de mallas sintéticas y viológicas. **CASO 1:** Femenino con antecedente de la 1ª gestación, se detecta onfalocele en el 7º mes de gestación prenatal, obtenido por cesárea a las 37 semanas. Al nacer se corrobora la presencia de onfalocele gigante cubierto y se descartan anomalías asociadas. Se decide dejar epitelización del mismo. A la edad de 6 años acude para manejo de defecto aponeurótico abdominal central de 15 cm de diámetro cubierta por piel laxa, con contenido abdominal en su interior. **CASO 2:** Femenino de 2 años de edad, producto de la 1ª gestación, al nacer se detecta la presencia de celosomía superior. Se decide en unidad de origen tratamiento diferido y epitalización del defecto abdominal. Se envía para protocolo de estudio se agregan síndrome de Goltz-Gorlin, sindáctila bilateral y coloboma derecho, se descarta patología cardiaca y diafragmática. Se envía a cirugía pediátrica a la edad de 2 años acude con defecto central de aproximadamente 10 cm de diámetro así como hendidura esternal inferior.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Diagnóstico clínico de defecto abdominal congénito gigante clínico, en el caso 2 se realiza TAC de tórax para verificar la integridad de la pared abdominal. Ambas pacientes presentan alergias alimentarias.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Se decide la administración de toxina botulínica guiado por ultrasonido bajo sedación en dosis total de 50U por aplicación a intervalos de 4 semanas bajo control USG en 3 ocasiones en el caso 1; en el caso 2 se realiza la administraciones 50 U en a nivel abdominal y 20U mas en músculos intercostales en el caso 2. Solo se refirió leve dolo local manejado con paracetamol. La cirugía con cierre primario se realiza a las 4 semanas en ambos casos La EIH del 1er caso fue de 13 días por neumonía nosocomial y de 2 días para el caso 2.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Ambos casos desarrollaron cicatriz queloides con un seguimiento de 4 ½ años y 9 meses respectivamente.

DISCUSIÓN: Los defectos de la pared abdominal representan un reto para el cirujano pediatra no existiendo un estándar de oro para el manejo. El uso de la toxina botulínica serotipo A causa relajación muscular y facilita la reconstrucción quirúrgica. La toxina botulínica fue descubierta en 1897 e introducida como agente terapéutico en 19771. Es una neurotóxica producida por el bacilo anaerobio Gram positivo Clostridium botulinum del que hasta el momento se han identificado 8 serotipos antigénicamente diferentes (A, B, C1,C2, D, E, F y G) con el mismo mecanismo de acción. La toxina se activa selectivamente en terminaciones nerviosas periféricas colinérgicas para inhibir la liberación de acetilcolina, por lo tanto debilita la contracción voluntaria del músculo. El efecto local, fisiológicamente, produce una denervación química y, en consecuencia, una atrofia muscular sin causar fibrosis; con el paso del tiempo el axón se regenera y emite nuevas prolongaciones que vuelven a inervar a la fibra muscular. La toxina es segura y efectiva porque tiene alta especificidad al ser inyectada en un lugar específico, minimizando la exposición sistémica, y por su selectividad de acción, que se une con mayor afinidad a los receptores celulares que permiten que entre a la célula.

CONCLUSIÓN: La preparación preoperatoria con la infiltración de toxina botulínica es segura y efectiva ha demostrado causar una parálisis flácida de la pared abdominal prolongado pero reversible. Siendo un recurso prequirúrgico que permite el avance de pared abdominal sin debilitar su conformación anatómica; por ello, es una herramienta más para asegurar la re funcionalización de la pared abdominal en paciente con defectos de pared abdominal y como se demostró en uno de los casos aun en músculos intercostales

CONFLICTO DE INTERÉS: No existe conflicto de interés. **PALABRAS CLAVE:** Onfalocele, Toxina botulínica

GEMELOS UNIDOS TORACOONFALÓPAGOS, SEPARACIÓN EXITOSA

Autor y Ponente: **Dr. Edgar Abimael Morquecho Saldaña**
Coautores: **Dr. José Vigil Pinacho, Dra. Claudia Martínez Parra, Dra. Luz María Huacuz Herrera**
Institución: **UMAE 48 Hospital de Ginecopediatría, IMSS, León, Gto.**

INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES: Gemelos varones de 41 días de vida, con diagnóstico de RNPT de 35 SDG, gemelos Toracoonfalópagos. Antecedentes de importancia; hijos de madre de 32 años de edad, escolaridad primaria, Hemotipo A +, originaria y residente de Irapuato Guanajuato, Producto de la gesta 4, 3 partos previos, control prenatal a partir del 1er trimestre, se detecta a la semana 26 producto gemelar toracoonfalópago. Se indica interrupción del embarazo a las 35 SDG por producto gemelar, vía cesárea, nacen el día 15-12-2017 a las 13.28 hrs, producto gemelar 1, con APGAR de 8/9, SA 0,. Somatometria, peso de ambos 5020 gramos, talla de 43 cm, pie de 7 cm, perímetro cefálico 35.5 cm, perímetro torácico 30 cm, gemelo 2, talla de 45 cm, pie de 7 cm, perímetro cefálico 34.5 cm, perímetro torácico 28.5 cm, APGAR 8/9, SA 0. Reciben maniobras básicas de reanimación.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Tránsito intestinal 20-12-2017. Con adecuado paso del medio de contraste, Esófago, estómago e intestino delgado y colon, no se delimita que haya comunicación con el gemelo II.
Resonancia magnética. 02-01-2018. unión toracoonfalópago, cajas torácicas independientes, unido solo por el esternón, corazón independiente, vasos torácicos, pulmones normales, la zona de unión ventral presenta una longitud de 9.2 cm aproximadamente de la región infra esternal hasta hipogastrio, fusión de ambas glándulas hepáticas observando únicamente en las fases contrastadas la interface entre un órgano y el otro, aparente independencia de la vía biliar con cada uno con vesícula, a la aplicación del medio de contraste se identifican estructuras vasculares de ambos pacientes observando en la región de la fusión hepática un vaso comunicante de aparente origen venoso que conecta los sistemas portales.
Laboratorio. Gemelo 1. 15-01-2018. Hb 12.5, Htco 34, plaquetas 234 mil, Leucocitos 11.080, Grupo sanguíneo 0 +, Tp 12, INR 1.15 TTP 44.1. Gemelo 2. 15-01-2018. Hb 12.3, htco 34, Plaquetas 287 mil, Leucocitos 11.580, Grupo sanguíneo 0 +, Tp 12,5 INR 1.14 TTP 58. Intervención terapéutica.

SEPARACIÓN QUIRÚRGICA: se encuentran unidos por glándula hepática, segmentos II, III y IV, en su cara anterior, se realiza separación por medio de disector ultrasónico y electrocauterio, sin evidencia de compartir estructuras vasculares hepáticas importantes solo pequeños vasos, se logra separar en su totalidad respetando el 100% de cada glándula hepática; unidos en región esternal en el apéndice xifoides tercio inferior, se logra separar por medio de electrocoagulación sin complicaciones.

SEGUIMIENTO Y RESULTADO: Acuden a su 2da cita de control el día viernes 27-04-2018. Donde se observan con adecuada evolución, incremento ponderal adecuado, peso de 3860 gr para el gemelo 1, y 5100 gr para el gemelo 2, ambos con adecuada cicatrización de la herida quirúrgica, presentando ambos solo ligero pectus carinatum.

DISCUSIÓN. La incidencia de gemelos siameses es de 1 en cada 200,000 nacimientos, naciendo el 50% de los casos muertos y perteneciendo el 75% de los siameses al género femenino. El porcentaje de supervivencia de los gemelos onfalópagos oscila entre el 5% y el 25%. La tasa de supervivencia para la separación electiva de los gemelos unidos es aproximadamente de 18%, la cual disminuye si se realiza una separación de emergencia, como cuando uno de los gemelos está muerto o amenaza la supervivencia del otro gemelo.

CONCLUSIÓN. Un estudio anatómico detallado de los gemelos y la planificación quirúrgica deben preceder a la separación. Un equipo de cirugía pediátrica bien preparado es suficiente para manejar quirúrgicamente a gemelos unidos.

SEGURIDAD EN UN QUIRÓFANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA A NIVEL TERCIARIO

Autor y Ponente: **Dra. Gabriela Ambriz González**
Coautores: **Dra. Jessica Yarza Fernánez, Dra. Sandy Paulina López Valenzuela**
Ponente: **Dr. Javier León Frutos**
Institución: **Hospital de Pediatría Centro Médico de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jal.**

La seguridad del paciente es un componente fundamental de la calidad asistencial y motivo de preocupación universal. Nace del imperativo ético de la no maleficencia “primunnon nocere” y del convencimiento de que no es aceptable que un paciente presente daños derivados de la atenciónsanitaria, la cual se espera sea sanadora y propor-cione una mejor calidad de vida. En cualquier sistema de salud el volumen de cirugías es cada día mayor. Los tratamientos quirúrgicos van en aumen-to año tras año y en muchas ocasiones, la cirugía es la única opción para curar una enfermedad; pero no se nos escapa que, de forma paradójica, los procedimientos quirúrgicos pueden ser el origen de complicaciones graves, incluida la muerte. La OMS con el objetivo de garantizar que los equipos quirúrgicos adopten una forma sistemática de la aplicación de una lista de verificación quirúrgica. Por lo que se estableció la siguiente pregunta. ¿Cuál es el grado de aplicación real del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ), por el cirujano pediatra en un Hospital de atención terciaria?. Objetivo general evaluar el grado de aplicación real del LVQ, e identificar las causas que limitan su correcta aplicación en el área quirúrgica,
MATERIAL Y MÉTODOS: Se desarrolló un estudio descriptivo, el universo de trabajo fueron los expedientes de caso consecutivos de niños que fuero intervenidos del 1º al 31 de Marzo 2018 en un Departamento de Cirugía Pediátrica. a) Expedientes de pacientes con cirugía de urgencia o programada en el periodo señalado. Criterios de no inclusión: a) Expedientes de pacientes que la cirugía se haya realizado en otra unidad Variables Independientes: Lista de verificación quirúrgica. Variables Dependientes:Tipode cirugía (urgente/programada), consentimiento quirúrgico (completo/no completo), riesgos quirúrgico en consentimiento quirúrgico, aplicación de cuestionario a médicos y residentes que participaron en la atención en el expediente. El cuestionario se compone de siete preguntas cerradas relativas a variables sociodemográficas del cirujano: Edad, genero, grado de estudios, tiempo como cirujano pediatra, certificación vigente, turno laboral, si ha recibido información acerca de la seguridad del paciente, y 14 preguntas en escala tipo Likert. **ASPECTOS ESTADÍSTICOS**:. Las variables cuantitativas, se analizarán mediante la descripción de medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Para las variables cualitativas, se utilizarán porcentajes y frecuencias. El tratamiento estadístico de las variables estudia-das se realizará con el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows. **RESULTADOS:** Del periodo comprendido del 1º al 31 de Marzo2018 se revisaron 118 expedientes de los cuales se excluyeron 11 pacientes por haberse realizado la cirugía en otra unidad. De los 107 expediente in-cluidos el 57% fueron procedimientos de urgencia vs 43% programados. El 92.5% de los expedientes contaron con consentimiento completo mientras que 7.5% no estaban completo. De estos al evaluar los riesgos quirúrgicos solo en el 54.5% los riesgos estuvieron relacionados con el procedimiento quirúr-gico a realizar; en el 45.5% solo se señalan riesgos generales y en algunos riegos no relacionados con la cirugía. En cuanto al llenado de la LVQ esta se encontró llena solo en el 81% y en un19% no.Al evaluar los puntos críticos señalados en la LVP que se llenaron solo en 48% se seseñalaban adecua-damente. De los procedimientos quirúrgicos que se realizaron en el mes de estudio 79% (85 casos) no ameritaban marcaje quirúrgico y 21% (22) no y solo en 6 se señala el marcaje quirúrgico. La edad promedio de los cirujanos que participaron en las cirugías de los expedientes revisados fue de 44.8 años(rango edad 29 a 52 años), el tiempo promedio de ejercicio como cirujano pediatra fue de 17 años (8-23 años) el turno laboral fue 50% turno matutino, 33.3% vespertino y 16.3% nocturno. El grado máximo de estudios fue especialidad en un 83.3% y un 17% doctorado. El 83% de los medico refirió que si había recibido información previa del tema de la seguridad del paciente y 17% (1) refirió que nunca, en cuanto al medio en que se obtuvo la información el 83.3% refiero que por memorándum o sesión clínica y solo 1 cirujano pediatra (16.6%) interés personal. En relación a los médicos establecimiento de un plan de mejora para concientizar tanto a médicos de base (dentro de los cuales se encuentran los profesores) como a los residentes de la necesidad de la realización y apego a la LVQ. No hubo significancia estadística en cuanto al apego en las 2 categorías. Es i portante señalar que un equipo de futbol dedica horas a la semana para jugar un juego de futbol, por lo que el cirujano debe recibir entrenamiento para cubrir la esfera 3 de la atención medica que es la seguridad del paciente y del mismo medico **CONCLUSIONES:** Hablar de la seguridad del paciente no es nuevo sin embargo es evidente que la manera en que se ha realizado en el departamento no ha motivado la

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS ABORDAJES ABIERTO Y LAPAROSCÓPICO EN APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN PACIENTES DE EDAD PEDIÁTRICA

Autor y Ponente: **Dr. Manuel Gil Vargas**
Coautores: **Dr. Jaime Manuel Justo Janeiro, Dra. Dayana Pereira Reyes**
Institución: **Hospital General de Puebla, Puebla, Pue.**

INTRODUCCIÓN: El abordaje laparoscópico en apendicitis aguda, ha mostrado beneficios postquirúrgicos, como la disminución del dolor, menos días de estancia hospitalaria, menor índice de infección de herida quirúrgica y menor tiempo de recuperación. El objetivo de presentar esta serie es el de comparar las complicaciones postquirúrgicas obtenidas con ambos abordajes en nuestro centro hospitalario en pacientes con apendicitis complicadas.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal determinando como periodo de estudio, desde el mes de enero del 2014 a Julio del 2017. Se determinó como criterios de inclusión, diagnóstico de apendicitis aguda complicada y/o abdomen agudo secundario a apendicitis aguda. Como criterio de exclusión se encuentran aquellos diagnósticos de apendicitis aguda no complicada, abdomen agudo secundario a otras causas, expedientes clínicos incompletos y pacientes que hayan perdido el seguimiento establecido de al menos 18 semanas. Se dividieron en dos grupos de acuerdo al abordaje quirúrgico utilizado, grupo1: apendicectomía abierta y grupo 2: apendicectomía laparoscópica. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico preoperatorio, tiempo quirúrgico del procedimiento, conversiones a abordaje abierto, días de estancia hospitalaria y complicaciones postquirúrgicas tempranas hasta 18 semanas de postoperatorio. El análisis estadístico fue realizado utilizando SPSS 19.0 para Windows (IBM Corporation, Armonk, NY, EUA).

RESULTADOS: En el período de 2 años y medio se incluyeron para nuestro estudio a 91 pacientes que fueron sometidos a apendicectomía de urgencia, con diagnóstico de apendicitis aguda complicada o abdomen agudo secundario a apendicitis. El grupo 1 se formó con los pacientes a los que se les efectuó apendicectomía por abordaje abierto constituido de 70 pacientes (77%) y el grupo 2 de apendicectomía por abordaje laparoscópico con 21 pacientes (23%).
En el grupo 1, 23 pacientes correspondieron al sexo femenino (32.9%) y 47 masculinos (67.1%)
En el grupo 2, 18 pacientes correspondieron al sexo femenino (85.7%) y 3 masculinos (14.3%) . La media en cuanto al tiempo quirúrgico fue para el grupo 1 de 77 minutos y para el grupo 2 de 70 min. No se tuvo conversiones a cirugía abierta en el grupo 2. Con respecto al postquirúrgico encontramos en el grupo 1 de abordaje abierto, un porcentaje de complicaciones del 25.7% y en el grupo 2 de abordaje laparoscópico del 19.04% [P=0.426]. La media para la estancia intrahospitalaria para el grupo 1 fue de 5.1 días y para el grupo 2 de 3.8 días con una p de 0.020

DISCUSIÓN: La apendicectomía laparoscópica brinda beneficios clínicos en relación a la apendicectomía abierta. Diversos autores reportan una estancia hospitalaria menor a 5 días, traduciéndose en una disminución de los costos asistenciales a nivel institucional. En nuestra serie corroboramos la observación anterior, documentando una significancia estadística entre los días de hospitalización en los pacientes del grupo con abordaje laparoscópico. Recientemente un estudio no muestra ninguna significancia estadística entre la estancia intrahospitalaria e infección de la herida quirúrgica aunque ellos combinan las apendicectomías simples con las complicadas. En nuestro estudio no se observó significancia estadística en ninguna de las complicaciones postquirúrgicas. La apendicectomía laparoscópica para apendicitis perforada ha reducido la incidencia de readmisiones, reoperaciones, adherencias intestinales e infecciones de herida.

CONCLUSIÓN: El presente estudio no muestra superioridad estadística de ninguno de los abordajes en el manejo de la apendicitis complicada en pacientes en edad pediátrica en cuanto a la presentación de complicaciones posoperatorias tempranas. Sin embargo, si encontramos una disminución en el tiempo de estancia hospitalaria en los pacientes manejados con abordaje laparoscópico con significancia estadística.
Sin conflicto de intereses. **Palabras clave:** apendicitis complicada; apendicectomía laparoscópica; cirugía de mínimo acceso en pediatría; apendicectomía abierta

VENA PORTA PREDUODENAL DE PRESENTACIÓN TARDÍA ASOCIADA A SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO, REPORTE DE UN CASO INUSUAL

Autor y Ponente : **Dra. Martha Conde Gutiérrez**
Coautores: **Dr. Othón Romero Terán, Dra. Karen Ramírez Santos, Dra. Ixchel Garciacano Portilla**
Institución: **Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, Ciudad de México**

Masculino de 1 año de edad, originario y residente de Hidalgo. Antecedentes de importancia: a los dos meses de vida inicia con múltiples cuadros de vómito gastroalimentario, deshidratación, desequilibrio hidroelectrolítico secundario, sangrado de tubo digestivo alto (STDA) y síndrome anémico que ameritó transfusión de hemoderivados en dos ocasiones. Referido a nuestra unidad a los 11 meses de edad por probable lactobezoar. A la exploración física con desnutrición grado III, distensión de hemiabdomen superior. Laboratorios de rutina en parámetros normales. Se realiza radiografía de abdomen muestra gastromegalia, ultrasonido revela gastromegalia asociada a fenómeno mecánico de lucha, sin identificar sitio de obstrucción. Panendoscopía con pangastropatía erosiva, esofagitis grado C de los Ángeles, duodeno dilatado en primera porción con erosiones dispersas, zona de estrechamiento del 100%, no franqueable en segunda porción, serie esofagogastroduodenal con dilatación duodenal hasta 2ª porción, con ondas antiperistálticas por sitio de obstrucción. La exploración quirúrgica reveló malrotación intestinal tipo III A, vena porta preduodenal (VPPD) en segunda porción de duodeno; se realiza gastro-yeyuno anastomosis en omega de Braun y apendicectomìa incidental. En el posquirúrgico con adecuada tolerancia a la vía oral a sólidos y líquidos. Actualmente a siete meses de seguimiento asintomático con adecuada ganancia ponderal, peso y talla en percentil 50 para edad.

DISCUSIÓN: La vena porta preduodenal es una anomalía vascular congénita, que puede deberse a un evento vascular temprano, aunque la etiología exacta es desconocida. Se han reportado menos de 100 casos en la literatura mundial. Generalmente se observa en recién nacidos y lactantes con cuadro de obstrucción intestinal o síndrome emético crónico. Presentan alta relación con otras anomalías congénitas como situs inversus, malrotación intestinal, atresia biliar, atresia duodenal o defectos cardíacos. El tratamiento quirúrgico de elección es la duodeno-duodeno anastomosis tipo Kimura, sin embargo, en este caso, se realizó gastro-yeyuno anastomosis en omega de Braun, debido a los hallazgos endoscópicos.

CONCLUSIÓN: La VPPD es una entidad poco frecuente, pero debe ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales de obstrucción intestinal o síndrome emético. La imagen de doble burbuja debería ser suficiente para el diagnóstico de obstrucción duodenal, sin embargo, por la edad del paciente y dada la presentación de STDA, fueron necesarios estudios complementarios como endoscopía revelando gastritis y esofagitis severa, siendo necesario un manejo quirúrgico no convencional debido a la importante dilatación de la primera porción de duodeno.

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Palabras clave: Vena porta preduodenal, sangrado de tubo digestivo.

PERFORACIÓN INTESTINAL ESPONTÁNEA EN NEONATOS: ESTUDIO COMPARATIVO MULTIINSTITUCIONAL ENTRE DRENAJE PERITONEAL PRIMARIO Y LAPAROTOMÍA CON ILEOSTOMÍA

Autor: **Dr. Armando Salim Munoz Abraham**
Coautores: **Dr. Gustavo Villalona, Dr. Hector Osei, Dra. Saurabh Saxena**
Ponente: **Dr. Gustavo Villalona**
Institución: **Saint Louis University**

FUNDAMENTO: Estudios previos cuentan con un tamaño de muestra pequeño y muestran resultados confusos. Nuestro estudio es original, cuenta con varias instituciones y compara los dos métodos más comúnmente usados.

PROPÓSITO: Estudio comparativo de resultados en neonatos con perforación intestinal espontánea (PIS), tratados por medio de drenaje peritoneal primario y laparotomía exploratoria con ileostomía en asa. Análisis de factores para predecir qué neonatos no se beneficien de drenaje primario

MÉTODOS: Escenario: Cinco hospitales pediátricos de tercer nivel con equipos de 3-5 cirujanos pediátricos Participantes: Inclusión: Neonatos con Perforación Intestinal Espontánea. Exclusión: Peso >1500 g, enterocolitis necrotizante, eritema de pared abdominal, muerte <48 hrs de diagnóstico. Intervención: Comparación de resultados y complicaciones entre Drenaje Peritoneal Primario y Laparotomía con Ileostomía. Variables: Demográficas, resultados postoperatorios, complicaciones. Recolección de la información: Retrospectivo, observacional, multicéntrico Tamaño de la muestra: 119 pacientes Análisis estadístico: El análisis estadístico se realizó con estudio de varianza, t de student y chi square con el software STATA.

RESULTADOS: 119 pacientes tratados por PIS (drenaje peritoneal n=73 vs. laparotomia n=46). No diferencias en características maternas. Los pacientes que fueron tratados inicialmente con drenaje fueron más prematuros (24.5 vs 25.8 semanas, p=0.0002), tuvieron menor peso al nacer (718g vs 834g, p=0.0017) y una tasa mayor de hemorragia intraventricular severa (n=19 vs n=4, p<0.02). No hubo diferencias significativas de signos vitales, laboratorios, uso de vasopresores dentro de las primeras 48 horas después de intervención, complicaciones, tiempo para alcanzar nutrición enteral, estancia hospitalaria o mortalidad entre grupos. El grupo de laparotomía primaria tuvo más procedimientos en promedio [1.98 vs 1.36, p<0.0001]. En el grupo de drenaje primario, 16 (22%) neonatos eventualmente requirieron laparotomía exploratoria. Estos 16 pacientes tuvieron una edad gestacional mayor (25.1 vs 24.3 semanas, p=0.02), recibieron AINES más temprano después de nacer (10 hr vs 50 hr, p=0.002). También tardaron más tiempo en poder recibir nutrición enteral, tuvieron más días de hospitalización pero no diferencias en mortalidad.

DISCUSIÓN: El uso de drenaje peritoneal primario es una buena opción terapéutica que es menos invasiva y con similares resultados que laparotomía. Estos pacientes reciben menos intervenciones y anestesia en promedio.

CONCLUSIONES: PIS tratado con drenaje primario es exitoso en la mayoría de los pacientes sin cambios en resultados postoperatorios cuando se le compara con laparotomía exploratoria e ileostomía. La falla del drenaje primario puede ser más común en pacientes con una edad gestacional mayor o con uso temprano de AINES.

GEMELOS ISQUIOPAGOS PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO EN UN HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD

Autor y Ponente: **Dr. Agustín Bejar Martínez**
Coautores: **Dr. Arturo Montalvo Marin, Dr. Vicente Sánchez Paredes**
Institución: **H R de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón, Villahermosa, Tab.**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Producto de la primera gesta de madre de 18 años, residente de Chiapas , nace por cesárea por oligohidramnios y presentación pélvica, embarazo normoevolutivo se realiza sin control , nacen el día 13-03-2018 en hospital siameses vivos asimétricos , con peso de 3065 grs y talla de 42 cms APGAR de 9 a los 5 minutos y Silverman de 1 a los 5 minutos el segundo producto siamés unido en la cadera se refieren a esta unidad, ingresaron en buenas condijones, sin necesidad de apoyo ventilatorio.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Gemelo 1. Función renal conservada testículo izquierdo en bolsa escrotal no se logra identificar el testículo derecho, perfil TORCH negativo, USG abdominal con presencia de lodo biliar, vejiga con paredes engrosadas, Ecocardiograma, conducto arterioso permeable, Foramen Oval Permeable Gemelo 2 (parásito) con anencefalia, labio y paladar hendido, así como mielomeningocele. la vía urinaria en la tomografía no se observa captación de estructuras que asemejen riñones no tiene cordón umbilical ni genitales ecocardiograma con corazón rudimentario mal diferenciado del cual emerge la aorta, sin apreciar los troncos supraarticos, se reportan pulmones sin ventilación ni expansión reportándose incompatible con la vida. se clasifican: como gemelos unidos asimétricos heteropagos pipopagos, tripus, se efectúa reunión del comité de Bioética en sesión conjunta con los padres se decide separación de gemelo parásito por contar con malformaciones mayores incompatibles con la vida.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Monitorizados y con anestesia general e intubación de ambos gemelos, previa asepsia y antisepsia se realiza incisión trasversa a nivel de abdomen de gemelo heteropago, parásito, hasta ingresar a cavidad abdominal, se encuentra atresia intestinal, se diseca aorta abdominal y vena cava mismas que se ligan y se cortan posteriormente se separan iliacos, y sacro, se desarticula tibia rudimentaria, del heteropago y se dividen fémures, fusionados para mantener fémur derecho, del gemelo autosito, se realiza hemostasia se afrontan músculos y tejido celular subcutáneo**.**

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: El gemelo parásito falleció posterior a la separación, el gemelo uno se extuba el segundo día de vida , se inicia vía oral a las 48 horas de vida tolerándose adecuadamente, con evacuaciones y micciones presentes, presenta como complicación infección del sitio de herida y secuelas ortopédicas se egresa a los 11 días de postquirúrgico actualmente en seguimiento en la consulta externa.

DISCUSIÓN: El manejo del paciente siamés es multidisciplinario dada la complejidad de las malformaciones en algunas ocasiones como fue en este caso clínico es necesario sacrificar a uno de los gemelos siameses en la separación y es por ello imprescindible contar una sesión del comité de bioética.

CONCLUSIÓN: El manejo en este paciente fue exitoso gracias a la pronta intervención y el manejo multidisciplinario que existió el paciente actualmente solo presenta malformaciones ortopédicas menores.

CONFLICTO DE INTERÉS: No existió ningún patrocinio y no existe ningún conflicto de interés entre los médicos involucrados

PALABRAS CLAVE: Siameses Asimétricos, Isquiopagos, Separación

REPARACIÓN TORACOSCÓPICA DE ATRESIA ESOFÁGICA CON FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA EN NEONATOS. SERIE DE CASOS

Autor: Dra. Carmen Magdalena Licona Islas
Coautores: Dra. Angélica Alejandra Guerra Rivas, Dr. Rogelio Zárate Sánchez
Dra. Heladia Josefa García
Ponente: Dra. Angélica Alejandra Guerra Rivas
Institución: Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional SXXI, IMSS, Ciudad de México

FUNDAMENTO: La reparación toracoscópica de la atresia esofágica con fístula traqueoesofágica ha mostrado ser eficaz y segura según reportes internacionales. En México es realizada pero hay poca información publicada.

PROPÓSITO: Revisamos la experiencia en nuestra institución.

MATERIAL Y MÉTODOS: a) Escenario: Hospital de tercer nivel público, de referencia para pacientes de sur del Distrito Federal y estados de centro y sur del país. Participan cirujanos pediatras de 25 y 3 años de experiencia además de neonatólogos de 25 y 7 años de experiencia. b) Participantes: Se incluye todos los pacientes recién nacidos que ingresen a la unidad de cuidados intensivos neonatales a cargo de cirugía neonatal con el diagnóstico de atresia de esófago con fístula traqueoesofágica intervenidos con toracoscopía para corrección. Se excluyen a los pacientes con procedimiento quirúrgico previo en esófago y aquellos con expediente incompleto. c) Intervención: No se realiza ninguna intervención (estudio descriptivo, observacional, retrospectivo). d) Variables: las independientes son atresia esofágica, peso, cardiopatías) y dependientes tales como tiempo quirúrgico, sangrado transoperatorio, decremento en la saturación periférica de oxígeno, hipotermia transoperatoria, lesión a estructuras adyacentes al sitio quirúrgico, conversión a toracotomía, permeabilidad de la anastomosis esofágica, cierre de la fístula traqueoesofágica, tiempo asistencia mecánica a la ventilación, tiempo de analgesia opioide, tiempo de estancia posoperatoria en UCIN, tiempo de estancia intrahospitalaria posoperatoria total, infección de herida quirúrgica, dehiscencia de herida quirúrgica, fuga de anastomosis esofágica, recidiva de la fístula traqueoesofágica, estenosis de la anastomosis esofágica (temprana y tardía), enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) que requiera funduplicatura como tratamiento, defunción, y causa de muerte. f) Recolección de la información: inicialmente se revisa censo de ingresos y egreso de UCIN y se compara con el de quirófano con el fin de captar a todos los pacientes con criterios de inclusión; revisado periodo de enero de 2013 a febrero 2018. En una hoja de captación de datos especialmente diseñada se registran las variables propuestas. g) Tamaño de muestra a conveniencia, no probabilística y de casos consecutivos. h) Análisis estadístico: consistió en medición de la mediana como medida de tendencia central e intervalo como medida de dispersión, esto para variables cuantitativas continuas. Para variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes.

RESULTADOS: fueron captados 20 pacientes, a 19 se realizó anastomosis esofágica y cierre de fístula traqueoesofágica logrando permeabilidad esofágica y cierre de la fístula en el 100%; al restante, por brecha amplia no se realiza plastía pero sí cierre de fístula.
En el procedimiento se registró: tiempo quirúrgico medio de 193 minutos, sangrado transoperatorio 7 mililitros, conversión 2 casos; postquirúrgico en promedio: ventilación mecánica 6 días, analgesia opioide 5 días, inicio de vía oral 13.5 días, estancia hospitalaria 30.6 días. Las complicaciones registradas fueron: hipotermia transoperatoria 68%, estenosis de anastomosis 42%, fuga de anastomosis 10.5%. No hubo defunciones.

DISCUSIÓN: Los resultados obtenidos hasta el momento son comparables a los de la experiencia mundial publicada, pero el seguimiento a largo plazo es aun limitado.

CONCLUSIÓN: La toracoscopía es eficaz para el tratamiento de la atresia de esófago con fístula traqueoesofágica, sin embargo se requieren más estudios para determinar si debe considerarse como el método de tratamiento primario.

conflicto de interés: ninguno.

palabras clave: toracoscopia, atresia esofágica

HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA, ESTUDIO COMPARATIVO DEL ABORDAJE QUIRÚRGICO ABIERTO VERSUS TORACOSCÓPICO

Autor: **Dra. Carmen Magdalena Licona Islas**
Coautores: **Dr. Héctor Manuel Ibarvo Gracia, Dra. Marisa Josefina Guerrero Pesina**
Ponente: **Dr. Héctor Manuel Ibarvo Gracia**
Institución: **Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional SXXI, IMSS, Ciudad de México**

FUNDAMENTO: La hernia diafragmática congénita es un defecto en la formación del diafragma que condiciona herniación del contenido abdominal al tórax, su reparación tradicionalmente se realiza por un abordaje abierto subcostal. Actualmente la toracoscopia se presenta como una alternativa terapéutica válida mostrando como aval una recuperación más rápida, menor morbilidad y una hospitalización más corta, sin embargo con mayor recurrencia con un porcentaje de éxito de un 80%.

PROPÓSITO: Describir los resultados en pacientes operados de plastía diafragmática por toracoscopia comparado a la cirugía abierta en cuanto a la recurrencia, tiempo de ventilación mecánica, inicio de vía enteral y días de estancia en terapia intensiva.

MATERIAL Y MÉTODOS: En un Hospital de tercer nivel se realizó un Estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo y observacional. Se analizaron variables pre, trans y postquirúrgicas, con seguimiento a 6 meses posterior a la plastía diafragmática. Muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Mediante medidas de tendencia central y de dispersión, de acuerdo a la distribución de la variable con prueba exacta de Fisher o Kruskal Wallis.

RESULTADOS: Durante un periodo de 5 años, se incluyeron a 32 pacientes con hernia diafragmática congénita (21 vía abierta y 11 vía toracoscópica) de 1 día a 5 años de vida. Predominio en género masculino (56.8%), el tiempo quirúrgico fue de 158.4 min vía toracoscópica y 177min por vía abierta, con una recurrencia del 9% vía toracoscopica y 35% por vía abierta, necesidad de ventilación mecánica asistida: menor a 2 días en el 91% por vía toracoscopica y 14 días vía abierta, inicio de alimentación enteral: media de 2 días vía toracoscopica y 10 días vía abierta, así como días de estancia en terapia intensiva pediátrica: media de 4 días comparado a 18 días por vía abierta y un porcentaje de complicaciones a corto plazo del 27.3% en cirugía toracoscópica frente a un 57.1% en cirugía abierta (p=0.016).

DISCUSIÓN: Los pacientes operados por ambas técnicas se encontraron en mismas condiciones *pre quirúrgicas* en: Semanas de gestación, diagnóstico de cardiopatías congénitas, saturación de oxígeno y lactato por gasometría arterial. Sin diferencia estadística en aspectos *trans-quirúrgico*. *Postquirúrgicos*: la vía toracoscópica mostró menor tiempo de ventilación mecánica (p=0.005) menos días de inicio de alimentación enteral (p=0.012), menos días de estancia en terapia intensiva pediátrica (p=0.004), menos recurrencia (9%) y menos complicaciones a corto y largo plazo que la vía abierta.

CONCLUSIÓN: El abordaje para la reparación quirúrgica de la hernia diafragmática congénita por vía toracoscopica en manos experimentadas tiene una mejor evolución postoperatoria que por vía abierta en nuestra institución, por lo que lo consideramos una opción viable en el tratamiento de estos pacientes.

Conflicto de intereses: ninguno.
Palabras clave: hernia diafragmática congénita, recurrencia, toracoscopía

HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE MORGAGNI-LARRAY. ABORDAJE POR LAPAROSCOPÍA.

Autor y Ponente: **Dr. Pastor Escárcega Fujigaki**
Coautores: **Dr. Guillermo Hernández Peredo Rezk, Dr. Mario Riquelme Heras, Dr. Carlos García Hernández**
Institución: **Hospital Dr. Lucio y Hospital Star Médica, Xalapa, Ver.**

La Hernia Congénita de Morgagni-Larray, representa menos del 5% de las hernias diafragmáticas. Es el resultado de una imperfecta fusión de el septum transverso del diafragma y los arcos costales. La mayoría de los pacientes son asintomáticos y el diagnóstico generalmente es incidental.
Este estudio es retrospectivo, que por lo raro de la patología participan 9 instituciones de México. Se incluyen 13 pacientes, con el requisito que estén en la etapa pediátrica y se hayan abordado por laparoscopia. El propósito es dar a conocer la eficacia de la técnica laparoscópica.
Las variables fueron, edad, sexo, nivel socioeconómico, somatometría, sintomatología, incidental, lateralidad, presencia de saco, malformaciones asociadas, contenido en el defecto, estudios de gabinete, abordaje, técnica quirúrgica, tiempo quirúrgico, tiempo de seguimiento, recidivas, inicio de vía oral.

RESULTADOS: La edad promedio fue de 16 meses, 12 masculinos 1 femenino, 3 estuvieron en la pércentila (-3), nivel socioeconómico bajo en 7 casos, en 11 de ellos el hallazgo fué incidental, siendo bilateral en 7, lado izquierdo3 y derecho 3. El síndrome de dówn en 8 pacientes y en 7casos se asociaron a malformaciones congénitas predominando las cardiopatías. El Dx se realizó con Rx de torax y se complemento con SEGD o colon por enema. Todos se abordaron por laparoscopía, encontrando colon a través del defecto en 12 pacientes. El saco no se reseca en 8 casos, con nudos extracorpóreos en 8 procedimientos, con ethibone (6), prolene(5), seda (2).Tiempo quirúrgico promedio de 90 minutos, se inicó la vía oral en promedio 20hrs. El seguimiento varió de 1 mes a 12 años con una media de 4 años. Un paciente recidivó con resección parcial del saco y nudos extracorpóreos, se re opera con misma técnica con buena evolución.

DISCUSIÓN: Por lo raro de la patología es necesario conjuntar los casos con diversas instituciones con el objeto de uniformar la técnica quirúrgica. El abordaje por laparoscopía en esta entidad se debe considerar de elección en virtud se ser efectiva y reproducible.

Palabra clave: Hernia morgagni-larray. laparoscopia.

EL GEMELO PARÁSITO, CASO CLÍNICO DE FETUS IN FETUS

Autor y Ponente: **Dr. Abdi Oliva García**
Coautores: **Dr. Eduardo Vásquez Gutiérrez**
Institución: **UMAE 25, IMSS; Monterrey, N.L**

INTRODUCCIÓN: El *"fetus in fetus"* es una entidad rara, congénita, con una incidencia estimada de un caso por cada 500 000 nacimientos. Aún se desconoce su embriogénesis, se considera que es secundario a una anormalidad en la evolución de un embarazo gemelar monocoriónico, monocigótico, diamniótico. Se ha reportado más de 100 casos a nivel mundial, de estos, más del 90% de los casos se han reportado en edad lactante de hasta 18 meses de edad, algunos casos en adultos y casos de diagnóstico prenatal. Generalmente se presenta intraabdominal, aunque se puede presentar en otras cavidades corporales, incluido cráneo y saco escrotal.

CASO CLÍNICO: Lactante menor femenino de 5 meses de edad, producto de la primera gesta con embarazo normoevolutivo, nacida de término, por parto eutócico, con peso al nacer de 3500 gramos, con neurodesarrollo normal para la edad, sin otras comorbilidades. Inicia su cuadro clínico, un mes previo a su hospitalización, con hiporexia, pérdida ponderal de 600 gramos, aumento del perímetro abdominal, una semana posterior presentó estreñimiento y disminución en frecuencia miccional, vómito de contenido gastroalimentario, a la exploración con masa abdominal derecha, bien delimitada, no dolorosa.

La radiografía de abdomen inicial con coprostasis en colon ascendente, se le realizó modificación de formula láctea, sin mejoría en las evacuaciones, se realiza tomografía computada de abdomen mostró imagen heterogénea, componente quístico y sólido, en retroperitoneo con desplazamiento de asas intestinales. Los marcadores tumorales alfa feto proteína y gonadotropina coriónica humana se reportaron en límites normales, por lo que se consideró de pronóstico favorable al manejo quirúrgico.

Se realizó laparotomía exploradora con hallazgo de tumoración retroperitoneal de tamaño que ocupaba hemiabdomen derecho, desplazando riñón derecho a línea media, muy vascularizado, con áreas multiquísticas y sólidas, áreas de isquemia y necrosis, al abrir capsula tumoral con estructuras como asas intestinales, vejiga y testículos, cartílagos.

Durante su recuperación postquirúrgica no presentó complicaciones, egresándose a los cinco días postquirúrgicos, hasta los diez meses postquirúrgicos, permanece sin complicaciones, sana.

DISCUSIÓN: La epidemiología de los casos reportados en la literatura son concordantes con el presente caso, de predominio en lactantes, es el primer caso reportado en nuestro hospital. La presentación clínica varía de acuerdo con el sitio de localización, los más frecuentes son distención abdominal, vómitos, estreñimiento, disnea, disfagia y en otras presentaciones puede presentar disnea, dificultad respiratoria y síntomas neurológicos; en el presente caso, fue concordante con sintomatología abdominal, que es el sitio de presentación más frecuente.

Dentro de los criterios diagnósticos se considera que el *"fetus in fetus"* ocurre en la parte alta del retroperitoneo además de presencia de esqueleto axial junto a otros órganos; el teratoma generalmente se localiza en la parte baja del abdomen, a nivel de los ovarios o en la región sacrococcígea. Los datos clínicos, radiológicos, transoperatorios y anatomopatológicos fueron concordantes para el diagnóstico de *"fetus in fetus"*.

CONCLUSIÓN: Es importante tener en consideración esta patología como diagnóstico diferencial de tumoraciones abdominales en lactantes, así como de diagnóstico temprano por imagen desde el control prenatal.

Los autores manifiestan que no se recibió patrocinio, ni conflicto de intereses. Palabras clave: *Fetus in fetus*

OBSTRUCCIÓN DUDODENAL FUERA DE ETAPA NEONATAL, CON RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA, SERIE DE CASOS

Autor y Ponente: **Dr. Weimar César Maldonado Arze.**
Coautores: **Dr. José Ivanhoe Minor Sánchez, Dr. Sergio Aguilar Montelongo**
Institución: **UMAE Hospital General Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS, Cd. Mex.**

INTRODUCCIÓN: Las obstrucciones duodenales, son una emergencia quirúrgica en el periodo neonatal, con causas muy variadas, desde la presencia de membranas duodenales, páncreas anular, estenosis intestinales, hasta obstrucciones de origen extrínseco al tubo digestivo, no es común encontrar este tipo de alteraciones fuera del periodo neonatal.
El propósito de este estudio es evaluar, la etiología de obstrucciones duodenales, fuera del periodo neonatal y la posibilidad de resolución laparoscópica, realizada por médico adscrito y residentes de cirugía pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio retrospectivo, realizado durante un periodo de tres años, en hospital de concentración de tercer nivel público, criterios de inclusión pacientes con obstrucción duodenal en periodo no neonatal, sin intervenciones quirúrgicas previas, con resolución laparoscópica, se excluyeron del estudio, expediente incompleto, y con cirugías previas. Variables estudiadas edad, sexo, estudios realizados, sintomatología de presentación, diagnóstico postquirúrgico, tiempo quirúrgico, inicio de vía oral, complicaciones. Intervención quirúrgica laparoscópica con empleo de 3 puertos. Se emplearon medidas de tendencia central para su análisis.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se tuvieron un total de 4 pacientes, 3 mujeres y un hombre. Las edades fueron de 5 meses a 8 años con una moda de 5 meses. Los síntomas de presentación, vómito gástrico 100%, distensión abdominal alta, afectación de crecimiento pondoestatural. Todos contaron radiografía simple. Serie esófago gastroduodenal y el 50% endoscopia. Todos se sometieron a procedimiento laparoscópico con realización de plastía duodenal laparoscópica latero lateral. Diagnóstico postquirúrgico 2 páncreas anulares, una pinza mesentérica y una membrana duodenal fenestrada. El reinicio de vía oral fue en promedio a los 7 días. No se tuvo ninguna fuga de la anastomosis. Dos pacientes presentaron sangrado por esofagitis.

DISCUSIÓN: Las obstrucciones duodenales en etapa tardía se caracterizan por ser una oclusión parcial; lo inespecífico de los síntomas y la variedad de patologías reportadas hace que el diagnóstico sea difícil, confundiéndose con otras enfermedades, como es el caso de nuestros pacientes, donde en uno se realizó el diagnóstico hasta los 8 años. Los estudios de gabinete recomendados son la serie esófago gastroduodenal, endoscopía. En nuestros pacientes el 100% se realizó serie esófago-gastroduodenal reportando un adecuado rango de sensibilidad y especificidad para este tipo de patología, la endoscopía es otro estudio valioso, sin embargo en nuestra serie solo el 50% lo tuvo, pero el diagnóstico y tratamiento definitivo fue otorgado por la laparoscopía, pudiéndose realizar en el 100% de los pacientes, la cual se presenta sin tasa de conversión a cirugía abierta, sin presentar fuga de la anastomosis, con un tiempo de recuperación adecuado e inicio de vía oral dentro de periodo esperado, con adecuado manejo postquirúrgico.

CONCLUSIONES: Se considera que la cirugía laparoscópica es una opción adecuada y segura para la resolución de obstrucciones duodenales.

Sin conflicto de intereses.
Palabras clave: Obstrucción duodenal, páncreas anular, membrana duodenal fenestrada. Laparoscopia

CIRUGÍA DE NIKAIDOH. PRESENTACIÓN DEL PRIMER CASO EXITOSO EN EL BAJÍO.

Autor y Ponente: Dra. Elvia Teresa Ávila Hernández
Coautores: Dr. Arturo Mercado García
Institución: UMAE 48 Hospital de Ginecopediatría, IMSS, León, Gto

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Masculino de 4 años de edad. Antecedentes: madre de 19 años sana. Gesta 1, embarazo normoevolutivo, egreso en binomio. Desde el nacimiento con cianosis y disnea a la alimentación por lo que acude a valoración por cardiología pediátrica a los 3 meses de edad.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Rx de tórax: cardiomegalia ovoide grado I, ICT 0.51. ECOTT: TGV en "D", estenosis valvular y subvalvular pulmonar moderada con gradiente máximo 62mmHg y medio 38mmHg, septum interventricular con CIV amplia de 8mm con corto circuito D-I, cavidades izquierdas hipertróficas, FEVI 78%, sin ducto arterioso, arco aórtico izquierdo normal. Cateterismo cardiaco: TGV en "D", CIV amplia relacionada a la aorta, estenosis pulmonar mixta de predominio subvalvular, CIA pequeña.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: esternotomia, timectomía, se diseca y procura pericardio, disección amplia y procuración de raíz aórtica, de ventrículo derecho y coronarias a corazón latiendo. Se inicia bypass cardiopulomonar con canulación aórtica y bicaval, pinzado aórtico, hipotermia moderada a 28ºC, transección aórtica con procuración de botón coronario izquierdo por difícil visión. Se identifica y amplia CIV, colocación de parche de doble velour con prolene 5-0 surgete continuo, transeccion pulmonar, maniobra de Lecompte e implante de raíz aórtica con prolene 5- 0 en TSVI, elongación con pericardio de botón coronario izquierdo y reimplante del mismo en neo-aorta con prolene 7-0 surgete continuo. Aortorrafia con prolene 6-0 surgete continuo, reconstrucción del TSVD con prolene 5-0, inicialmente formando univalva con preclude y neopulmonar con pericardio. Se abre aurícula derecha y se realiza CIA amplia con resección de septum interatrial, despinzado aórtico, destete de DCP, hemostasia exhaustiva. Se usó vent izquierdo en auricula izquierda y posteriormente en este sitio se deja catéter auricular. Se abren ambas pleuras y se deja sonda #19 (2) y 2 mediastinales de 19 y 28Fr, se dejan 2 cables ventriculares y 2 auriculares (marcapaso bicameral), se deja empaquetado y se coloca cubierta de plástico tipo bolsa de bogotá. Se deja catéter de diálisis para drenaje a gravedad, se lleva a normotermia. Se destetó de bomba al primer intento.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Durante las primeras 3 hrs de su llegada al servicio de UCIP, con hemorragia postquirúrgica siendo necesario su re-intervención, se realiza cierre esternal a las 48 hrs de su intervención. Se mantuvo en UCIP durante 13 días, 9 días con VMA. EIH de 19 días. Actualmente en seguimiento por consulta externa, en clase funcional I de ROSS, doble lesión pulmonar con gradiente pico de estenosis de 32 y medio de 17mmHg, insuficiencia pulmonar leve con gradiente de 13mmHg e insuficiencia aortica ligera

DISCUSIÓN: Al ser comparado con otras opciones quirúrgicas, la cirugía de Nikaidoh resulta en una reconstrucción más anatómica y sin compresión del tracto de salida del ventrículo derecho, permite un mejor alineamiento del tracto de salida del ventrículo izquierdo comparado con el procedimiento de Rastelli. Exponemos nuestro caso, como el primero en la región de manera exitosa y con una evolución a corto y mediano plazo favorable, como una buena alternativa para pacientes con TGV, CIV y estenosis pulmonar

CONCLUSIÓN: La Translocación Aórtica con técnica de Nikaidoh es prometedora al ofrecer mayor sobrevida y menor falla cardiaca postquirúrgica.

Conflicto de intereses: sin conflicto de intereses.

Palabras clave: cirugía de Nikaidoh, procedimiento de Rastelli, Translocación Aórtica

CUERPO EXTRAÑO EN PARÉNQUIMA PULMONAR. ¿ES FACTIBLE SU EXTRACCIÓN POR MÍNIMA INVASIÓN? REPORTE DE UN CASO

Autor: Dra. Carmen Magdalena Licona Islas
Coautores: Dra. Elvia Ximena Lemus Manjarrez, Dra. Izchel Valdez García
Ponente: Dra. Elvia Ximena Lemus Manjarrez
Institución: Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional SXXI, IMSS, Ciudad de México

INTRODUCCIÓN: La aspiración de cuerpos extraños a vía aérea es frecuente en la Población pediátrica de 1 a 5 años, presentado un cuadro clínico súbito, que se resuelve la mayoría de las veces mediante broncoscopia; sin embargo, en algunas ocasiones poco frecuentes su presentación es tardía, con migración del cuerpo extraño hacia el parénquima pulmonar, con riesgo de formación de abscesos, ameritando generalmente una toracotomía para su extracción y en algunas ocasiones resección amplia de parénquima pulmonar afectado. Existen pocos casos publicados en la literatura sobre extracción toracoscópica de cuerpos extraños intraparenquimatosos. Por lo que consideramos valioso reportar este caso con extracción exitosa y su evolución postquirúrgica.

CASO: Masculino de 13 años previamente sano. Inicia su padecimiento un año previo presentando de manera súbita tos en accesos y disnea que remiten de forma espontanea. Posteriormente reinicia sintomatología de tos y disnea con incremento gradual agregándose sensación de opresión torácica por lo que se indica radiografía de tórax encontrando cuerpo extraño radio-opaco en hemitórax izquierdo. Se solicita TAC simple de tórax donde se corrobora cuerpo extraño metálico (>100UH) en parénquima pulmonar izquierdo y la presencia de bronquiectasias. Mediante broncoscopía no fue posible localizar el cuerpo extraño, reportando endobronquitis y supuración broncopulmonar, que se manejó con esteroide, cefalosporina y por lo que se programó para toracoscopia diagnóstico-terapéutica.

PROCEDIMIENTO: Bajo anestesia general con intubación no selectiva, paciente en decúbito dorsal con ligera elevación de hemitórax izquierdo; se utilizaron óptica de 30° y dos puertos de trabajo de 5 mm, introducidos en 5º EIC línea medio-clavicular, 5º y 7º EIC izquierdo línea axilar anterior. Se inicia disección a nivel de hilio pulmonar y con apoyo de radiografías transquirúrgicas, se localiza el cuerpo extraño en língula. Se abre pleura visceral y con ayuda de pinzas maryland y grasper se diseca parénquima pulmonar hasta visualizar el cuerpo extraño (grapa) en la cara medial de la língula; sin evidencia de fuga aérea, se introduce sonda pleural 24 Fr. Tiempo quirúrgico total de 1hr 30 min, sin requerir terapia intensiva. Se retira sonda pleural al 3er día y se egresa 6 días después del procedimiento, sin complicaciones.

DISCUSIÓN: En este caso la localización del cuerpo extraño hizo imposible su extracción por los métodos habituales, por lo que se decidió la toracoscopía apoyada con radiografía como el abordaje quirúrgico de elección resultando éxitosa, con una recuperación satisfactoria del paciente dado un tiempo quirúrgico corto, adecuado control del dolor postoperatorio, retirando analgésicos al 3er día y un tiempo de estancia intra hospitalaria de 6 días, así como una cicatriz estéticamente aceptable. La toracoscopía permitió a su vez una óptima visualización y manejo, del cuerpo extraño pequeño (grapa), lo que facilitó su extracción.

CONCLUSIÓN: La toracoscopía ha superado a los procedimientos quirúrgicos abiertos para el manejo de cuerpos extraños en vía aérea con broncoscopía fallida; en este caso, el éxito de la cirugía toracoscópica se basó en la extracción de un cuerpo extraño pequeño (grapa), con apoyo de radiografías seriadas y una evolución postquirúrgica favorable, con menos dolor postquirúrgico así como el tiempo de estancia intra hospitalaria breve. Por lo que la cirugía de mínima invasión es el método terapéutico de elección en los pacientes con cuerpos extraños que no se pueden extraer por métodos habituales.

CONFLICTOS DE INTERES: ninguno
PALABRAS CLAVE: laparoscopic surgery Foreign-Body Migration

TERATOMA QUÍSTICO MADURO DEL CIEGO. CAUSA POCO FRECUENTE DE TUMOR ABDOMINAL EN PEDIATRÍA. REPORTE DE UN CASO

Autor y Ponente: **Dra. Sara Orona Meléndez**
Coautores: **Dr. Julián Alberto Saldaña Cortés, Dr. Alejandro Castillo Garza, Dr. Jesús Omar Montoya Rojo**
Institución: **Hospital de Pediatría Centro Médico de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jal.**

Presentamos el caso clínico de paciente masculino de 9 años de edad, originario y residente del estado de Veracruz, acude al servicio de urgencias de su comunidad presentando dolor abdominal de aparición súbita, generalizado, acompañado de vómito, se realizó exploración ecográfica abdominal reportando una masa anecóica de contenido quístico, con diámetros de 81x33mm en topografía de mesogastrio, posteriormente se realiza exploración tomográfica abdominal encontrando imagen quística bilobulada a nivel del ciego con un volumen aproximado de 234cc, por lo que se refiere a tercer nivel de atención para valoración por Cirugía Pediátrica, recibiendo paciente asintomático e ingresado para protocolo diagnóstico terapéutico, el cual integramos el diagnóstico de probable duplicación intestinal, se realizó laparoscopóa diagnóstica mas laparotomía resecando tumoración quística a nivel de la válvula ileocecal de aproximadamente 8 cm de diámetro, la que es extirpada en bloque junto con 5 cm de íleon terminal, ciego y colon ascendente, se reconstruye el tránsito con una anastomosis término terminal entre íleon y el colon en un solo plano, la pieza quirúrgica fue enviada al servicio de patología el cual reporta resultado histopatológico de Teratoma quístico maduro totalmente resecado, y tejido residual sin alteraciones histológicas. Al quinto día se reinició la vía oral con adecuada evolución, se egresa al séptimo día sin complicaciones, actualmente paciente asintomático.

DISCUSIÓN: Los teratomas han sido descritos en una gran variedad de reportes, se estima una incidencia de 3 a 4 de 1000 biopsias realizadas, la localización mas habitual es el ovario en un 83%, seguido de la región sacrococcigea en el 6.3%. Otros sitios son: el cuello, el mediastino, cavidad abdominal y oral, y raramente en el omento. No encontramos reportes en la literatura universal de la localización del teratoma maduro a nivel del ciego como el caso descrito. Es importante reportar la existencia del teratoma maduro a nivel intestinal como causa poco frecuente de tumoración abdominal en el paciente pediátrico.

CONCLUSIÓN: Ante una tumoración abdominal en paciente pediátrico se debe seguir el protocolo de estudios para estos casos. En nuestro paciente, la evolución fue satisfactoria, el hallazgo inesperado de un teratoma maduro a nivel de ciego nos invitó a compartir esta rara ubicación.

No hubo conflicto de intereses entre autores.

PALABRA CLAVES: Teratoma maduro, tumoración abdominal, Teratoma maduro de ciego.

GANGLIONEUROMA DE MEDIASTINO POSTERIOR EN UNA NIÑA DE 5 AÑOS: REPORTE DE UN CASO

Autor y Ponente: **Dra. Paloma Ayala Madrigal**
Coautores: **Dr. Edgar Flores Montiel, Dra. Erika Barba Ruiz, Dr. Francisco Javier García Valle**
Institución: **Hospital General Regional de Leon, León Gto.**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Se trata de femenino de 5 años, previamente sana, sin antecedentes heredofamiliares relevantes para padecimiento actual. Acude a valoración presenando un mes de evolución caracterizado por debilidad progresiva de ambos miembros pélvicos, predominantemente izquierdo, hasta tornarse incapacitante acompañada de parestesias de miembro torácico izquierdo. Niega fiebre, pérdida ponderal ni síntomas respiratorios acompañantes. A la exploración física se encuentra asimetría de tórax por incremento de volumen de hemitórax izquierdo con disminución de murmullo vesicular y movimientos respiratorios del mismo, así como matidez a la percusión.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Radiografía de tórax en la cual es evidente una imagen radiopaca de gran tamaño que ocupa casi la totalidad de hemitórax izquierdo, se solicita tomografía axial computada de tórax en la cual se identifica tumoración hipodensa bien definida que emerge a nivel de T10-T11, con vascularidad en su interior que mide 15.3x11.4x9.7cm que desplaza mediastino hacia lado contralateral, así como parénquima pulmonar en sentido anterosuperior.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Se valora por cirugía pediátrica y se realiza biopsia de tumoración, así como inicio de quimioterapia neoadyuvante para lograr citoreducción. Sin embargo, no hay respuesta a quimioterapia y por parte del departamento de patología se reporta un ganglioneuroma maduro, por lo que se decide resección quirúrgica de la tumoración como mejor opción terapéutica. La cual se lleva a cabo por toracotomía posterolateral izquierda considerándose la mejor opción debido al tamaño de la lesión. Seguimiento y resultados: Ingresa a unidad de cuidados intensivos pediátricos en el postquirúrgico inmediato, donde se mantiene en apoyo de ventilación mecánica por 24 horas, se logra extubación y alta a sala general en su segundo día postquirúrgico, egresa a su domicilio durante su noveno día postquirúrgico, actualmente en seguimiento por consulta externa.

DISCUSIÓN: De acuerdo con la literatura, los tumores de mediastino posterior son excepcionales en población pediátrica, siendo aquellos de origen neurogénico los más frecuentes. De éstos el ganglioneuroma es el más infrecuente sin embargo el más benigno, generalmente asintomáticos o cuando llegan a manifestarse lo hacen con datos de compresión medular como en el caso de nuestra paciente. Por características de este tumor la mejor opción terapéutica es la resección completa presentando buenos resultados.

CONCLUSIÓN: Se puede elegir entre un abordaje toracoscópico o por toracotomía, en este caso siendo más viable el último dada las dimensiones del tumor, llevándose a cabo de manera exitosa logrando una recuperación rápida de la paciente.

Sin conflicto de interés.

Palabras clave: Ganglioneuroma, toracotomía posterolateral, tumor neurogénico, mediastino posterior

.

FÍSTULA TRAQUEO-ESOFÁGICA ADQUIRIDA SEVERA: REPARACIÓN CON TRAQUEOPLASTÍA MEMBRANOSA CON FLAP DE ESÓFAGO

Autor: Dr. Rogelio Sancho Hernández
Coautores: Dr. Pedro Azuara Galdeano, Dr. José Goben Arredondo Villanueva, Dr. Francisco Javier Cuevas Schat
Ponente: Dr. Pedro Azuara Galdeano
Institución: Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Masculino de 11 años de edad con antecedente de quemadura esofágica por cáusticos a los 2 años de edad. Se realizan 7 dilataciones esofágicas sin éxito y gastrostomía trans-endoscópica. Persiste con estenosis por lo que se coloca una de prótesis esofágica tipo stent metálico de 13 cm. Es referido a nuestro hospital por persistir con disfagia, sialorrea, fiebre y tos productiva de 6 meses de evolución.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Radiografía de tórax con distención pulmonar y patrón bronquítico. Presencia de prótesis esofágica. Esófagograma con terminación en cabo ciego del esófago proximal. Tomografía con destrucción irreversible del lóbulo inferior izquierdo por bronquiectasias. Broncoscopía con supuración broncopulmonar con solución de continuidad del tercio medio y distal de la tráquea membranosa. Gastrograma con esófago distal con estenosis total, distancia entre ambos cabos de 27 cm. Endoscopía con estenosis esofágica del tercio superior e inferior mayor del 95%, con solución de continuidad del tercio medio y distal de la tráquea membranosa, se observa cuerpo extraño (stent metálico), por lo que se diagnostica una fiístula traqueo-esofágica adquirida severa

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Con intubación endotraqueal con globo, endoscópica a 1 cm de la carina, se realiza toracotomía posterior lateral derecha, se identifica esófago dilatado con abundante fibrina y tejido inflamatorio. Se realiza esofagotomía longitudinal, se observa stent el cual se retira por fragmentos con dificultad, por presencia de adherencias firmes a la parte posterior de la tráquea. Se observa una fístula traqueoesofágica en la porción membranosa de la tráquea de 10 cm de largo, a 2 cm de la canina. Se revitalizan bordes del esófago excluido, se confeccionan dos flaps esofágicos de espesor total con mucosectomia bilateral, para realizar traqueoplastía membranosa con doble parche esofágico con Vicryl 3-0 puntos separados. Con ausencia de fuga aérea en neotraquea membranosa, se realiza desfuncionalización esofágica proximal y distal, con esofagostomía cervical izquierda. Drenaje pleural derecho e intubación selectiva del bronquio principal derecho en cuidados intensivos. Se mantiene sedado por 5 días.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: A los 6 días del postquirúrgico, se realiza extubación asistida por broncoscopía, donde se observa neotráquea membranosa sin datos de fuga con edema y eritema, sin obstrucción de la vía aérea. Por presencia de la supuración broncopulmonar, se ejecuta lobectomía inferior izquierda, sin complicaciones. Una nueva broncoscopía de control muestra integridad de la neotráquea y estado post-lobectomía sin datos de supuración broncopulmonar.

DISCUSIÓN: La fístula tráqueo-esofágica severa es una entidad adquirida, con alto riesgo de morbi-mortalidad, con insuficiencia respiratoria, aspiración y supuración broncopulmonar. Cuando la severidad inflamatoria imposibilita una separación segura de la tráquea con el esófago, con inestabilidad anestésica de la vía aérea, la técnica de una traqueoplastía membranosa con doble parche esofágico, representa una opción segura y de pronóstico favorable. Se presenta el primer reporte mundial de la experiencia adulta, extrapolada a la población pediátrica. Se presentan los detalles quirúrgicos con evolución asintomática y favorable del paciente, a un año de seguimiento.

CONCLUSIÓN: La traqueoplastía membranosa con flap de esófago es una técnica segura y útil en el manejo de las fístulas traqueo-esofágicas severas adquiridas

Sin conflicto de interés

Palabras Clave: Fístula traqueoesofágica adquirida, traqueoplastia, flap esofágico

CIERRE QUIRÚRGICO DE DUCTO ARTERIOSO PERMEABLE. PUEDE O DEBE SER LLEVADO A CABO POR CIRUJANO PEDIATRA?

Autor y Ponente: **Dr. Antonio Francisco Gallardo Meza**
Coautores: **Dr. José Manuel González Sánchez, Dr. Francisco Vidrio Patrón, Dra. Rocio Alejandra Peña Juárez, Dra. Lorena Velarde Briseño**
Institución: **Hospital General de Occidente, Guadalajara, Jal.**

FUNDAMENTO: El Ducto Arterioso Permeable (DAP), es el defecto cardíaco congénito más común y se considera problema de salud pública. Las unidades de cuidados intensivos neonatales tienen mayor incidencia de éxito en la sobrevida de pacientes cada vez más prematuros y el uso de ECO DOPPLER portátiles ha incrementado el diagnóstico de cardiopatías. El riesgo de presentar un DAP es de 30-35% en RN y aumenta hasta 80% prematuros de extremado bajo peso**.**

PROPÓSITO: El Cirujano Pediatra puede llevar a cabo cirugía de cierre conducto arterioso en forma segura?.

OBJETIVO: Demostrar que el cierre quirúrgico del conducto arterioso cuando está indicado, puede llevarse a cabo por cirujanos pediatras sin especialidad en cirugía cardiovascular en un Hospital de 2º nivel que cuenta con unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

MATERIAL YMÉTODOS: Se incluyeron todos los pacientes sometidos a cierre quirúrgico de DAP. y se excluyeron los pacientes neonatos que fueron sometidos a cierre farmacológico con respuesta satisfactoria. Se dividieron en dos grupos: Grupo I: RN (24.1 a 41 SDG). Grupo II grupo llamado “niños grandes” (2 meses a 8 años). Las indicaciones de cierre en el grupo I fue: DAP por ECO mayor de 2 mm, con QS/QP >1.5, flujo continuo retrogrado de izquierda a derecha, falla a cierre farmacológico y/o mayor de 10 días de vida extrauterina con DAP hemodinámicamente persistente, e intubación prolongada. Grupo II fue DAP con repercusión hemodinámica, falla de medro secundaria, infecciones respiratorias frecuentes. Se hizo un análisis retrospectivo, las variables revisadas fueron sexo, edad gestacional, motivo de ingreso, edad y peso al momento de la cirugía, técnica quirúrgica extra o intrapleural, con doble ligadura en Grupo I y sección y sutura Grupo II; tiempo quirúrgico, tiempo extubación post cirugía, así como complicaciones y mortalidad.

RESULTADOS: 190 pacientes operados, de los cuales solo 149 expedientes estaban completos. 72 pacientes fueron femeninas (48%) y 77 masculinos (52%). Grupo I: fueron133 (89%). Grupo II (Niños grandes) 16 (11%). En el grupo I de RN, 69 (46%) pacientes recibieron tratamiento farmacológico sin respuesta por lo cual se operaron y 64 (47%) tenían contraindicación para cierre farmacológico. En el grupo II ninguno recibió cierre farmacológico. Todos los pacientes incluidos en el estudio, fueron tratados en quirófano por cirujanos pediatras; 3 (3%) por toracoscopía y el resto 146 (97%) por toracotomía posterolateral izquierda. El tiempo de extubación en el grupo I lo tomamos como un parámetro de éxito del tratamiento quirúrgico y encontramos que la mayoría 65 (44%) se extubaron en los primeros 5 días; De 6-10 días 26 (17%); 11-15 días 11 (7%); 16-20 4 (3%) y más de 20 días 8 (6%). 13 (8%) no lograron extubarse por presentar complicaciones graves y fallecieron (mortalidad 8%), ninguno falleció por complicaciones transquirúrgicas; el resto 24 (16%) se extubaron en quirófano, en este grupo se encuentran todos los Niños del grupo II**.**

DISCUSIÓN: En nuestro país existen unidades de cuidados Intensivos neonatales en Hospitales de 2º y 3er nivel y no hay suficientes cirujanos cardiovasculares pediatras que puedan resolver la alta tasa de incidencia de DAP, por lo que un cirujano pediatra capacitado puede resolver este problema, disminuyendo la mortalidad asociada a esta cardiopatía.

CONCLUSIONES: En hospitales con UCIN en donde no hay cirujano cardiovascular pediátrico, esta cirugía puede ser llevada a cabo por un cirujano pediatra entrenado, es reproducible, fácil de realizar y con mínimas complicaciones. La mortalidad post operatoria es similar a la reportada en centros de alta especialidad con cirujanos cardiovasculares pediátricos. En base a nuestros resultados consideramos que el Cirujano Pediatra puede llevar a cabo esta cirugía en forma por demás segura y con alto índice de efectividad y éxito. No hay ningún conflicto de intereses en la elaboración de este estudio

CURSO CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON SUSTITUCIÓN ESOFÁGICA POR COLON.

Autor: Dra. Carmen Magdalena Licona Islas
Coautores: Dr. Roberto Carlos Ortiz Galván, Dr. Guillermo Godoy Rábago, Dr. Amilcar Almonte Pineda
Ponente: Dr. Amilcar Almonte Pineda
Institución: Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional SXXI, IMSS, Ciudad de México

FUNDAMENTOS: La sustitución esofágica es un procedimiento complejo pero necesario, que implica un seguimiento constante, para identificar posibles complicaciones que puedan afectar la calidad de vida de estos pacientes y con ello establecer esquemas de tratamiento efectivo. En un intento por analizar si está modalidad terapéutica tiene buenos resultados estudiamos a esta población.

PROPÓSITO: Determinar el curso clínico de los pacientes con sustitución esofágica en base a la presencia de complicaciones: Tempranas y tardías y su adaptación social.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo parcial, del periodo de enero de 2009 a enero de 2016, con información obtenida del expediente clínico y entrevista. Se analizaron las siguientes variables: edad, género, diagnóstico que motivó la cirugía, abordaje (retroesternal, transhiatal), necrosis del colgajo, infección de herida, oclusión intestinal, inicio de la alimentación enteral por gastrostomía y boca, fuga de anastomosis cervical, reflujo gastrocolónico, estenosis, disfagia, estado nutricional postoperatorio e integración social. El seguimiento vario de 8 meses a 8 años.

RESULTADOS: Estudiamos a 25 pacientes, la edad promedio durante el procedimiento fue de 37 meses (10-166), 44% femenino y 56% masculino; la patología fue atresia esofágica (84%) y quemadura por cáusticos (12%), en 18 se realizó el ascenso retroesternal y solo en 7 transhiatal, infección superficial de herida quirúrgica en 6 pacientes (24%). 2 pacientes (8%) con necrosis de colgajo. Ningún paciente presentó oclusión intestinal, la fuga cervical de saliva ocurrió en 15/25, dicha fistula cicatrizó en forma espontánea en 13, en 2 fue necesario el cierre quirúrgico. La alimentación por gastrostomía se inició en promedio a los 7 días y por boca a los 3 meses (10-96 días). El reflujo estuvo presente en 64% de los casos, sin diferencia en cuanto al abordaje empleado para el colgajo (transhiatal o retroesternal), y el cual fue disminuyendo en forma paulatina. La estenosis de la anastomosis colo-esofágica ocurrió en 4/25 pacientes con estenosis por cáusticos, requirieron dilataciones. En el seguimiento a largo plazo, están adaptados a la vida social con alimentación por boca normal y su estado nutricional se mantuvo dentro de rangos esperados.

DISCUSIÓN: La sustitución del esófago es un procedimiento necesario para integrar socialmente a los pacientes que tienen pérdida del órgano ya sea por patología congénita o adquirida. Existen además del colon otras opciones, en este trabajo analizamos la evolución con éste sustituto. En este estudio, observamos una evolución clínica temprana sin complicaciones fatales, si bien la fístula cervical fue un evento recurrente solo requirió manejo quirúrgico en 2 casos (8%). El reflujo gastro-colónico clínicamente manifiesto estuvo presente tanto en los ascensos por vía trans hiatal como por vía retro esternal y fue controlado fácilmente con medidas conservadoras permitiendo la integración social, y asistir a las actividades escolares de acuerdo a su edad de manera semejante a lo reportado en la literatura del 84%. Aquellos pacientes con necrosis del colgajo fueron re intervenidos después de un año.

CONCLUSIÓN: La sustitución esofágica con colon es una excelente opción terapéutica que permite a los pacientes una integración total a la dinámica social. El reflujo es una secuela inevitable, que sin embargo les permite adaptarse y mantener una alimentación normal.

Conflicto de intereses: No hubo conflicto de intereses.

Palabras Clave: Esófago, Interposición de colon, complicaciones, curso clínico.

ANASTOMOSIS COLOGÁSTRICA EN PACIENTES CON SUSTITUCIÓN ESOFÁGICA. ESTUDIO COMPARATIVO

Autor y Ponente: **Dr. Weimar César Maldonado Arze**
Coautores: **Dr. Héctor Pérez Lorenzana, Dra. Laura Cecilia Cisneros Gasca**
Institución: **UMAE Hospital General Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS, Cd. Mex.**

INTRODUCCIÓN: La sustitución esofágica es una técnica indicada cuando el esófago es incapaz de servir como conducto entre la faringe y estómago. El reemplazo colónico es un procedimiento probado con el tiempo. Una de las complicaciones tempranas más frecuentes, son las fístulas cervicales con una frecuencia entre el 2 y 60%. Por lo que el objetivo del presente trabajo es comparar dos tipos de anastomosis cologástricas una realizada en la pared anterior del estómago vs otra realizada en la pared posterior y su impacto en la incidencia de fístulas cervicales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo realizado durante un periodo de cuatro años, en un centro hospitalario de tercer nivel, público. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a sustitución esofágica con colon, excluyéndose los que no contaban con expediente completo. La técnica quirúrgica incluyó, abordaje a través de línea media, creación de espacio retropilórico, seromiotomia, ascenso retroesternal. Se tuvieron dos grupos, en el A, la anastomosis cologástrica se realizó en la cara anterior del estómago y en el B en la cara posterior del estómago (ambos en el cuerpo). Las variables estudiadas fueron edad, sexo, causa de sustitución, tiempo quirúrgico, tipo de anastomosis, complicaciones. Para análisis estadístico se empleó medidas de tendencia central.

RESULTADOS: Se tuvieron un total de 15 pacientes, 8 en el grupo A y 7 en el B. En ambos grupos no hubo diferencias en cuanto a sexo. En el A las edades fluctuaron entre 1 año y 12, las causas fueron congénitas en 5, 2 cáusticos y un cuerpo extraño, mientras que en el B, 3 congénitas y 4 cáusticos con edades entre el año y medio y los 8 años. El tiempo quirúrgico fue de 4 a 6 horas en el A y de 4:30 a 5:30 en el B. En el grupo A 4 pacientes desarrollaron fístulas cervicales que resolvieron con manejo médico y en el B solo un paciente. En el grupo A 4 pacientes tuvieron estenosis de la anastomosis cervical, en el B, un solo paciente. Se tuvo seguimiento de 4 años a 8 meses.

DISCUSIÓN: Las causas de sustitución en ambos grupos fueron similares. El tiempo quirúrgico empleado fue equiparable en ambos, no siendo un motivo para inclinarse en favor de una u otra técnica. En el grupo A, el 50% desarrollaron fístula cervical, comparada al B donde un solo paciente (14%). Por otro lado, en el A 3 pacientes (37.5%) ameritaron dilataciones por estenosis y en el B solo uno. Las fístulas cervicales y estenosis son las complicaciones más frecuentes reportadas en las sustituciones esofágicas, las causas implicadas son variadas, siendo el reflujo gastrocolónico uno de ellos. El presente trabajo se enfocó en el control del reflujo, ya que al ubicar el colon en la pared posterior del estómago, se favorece el control del reflujo por la compresión que produce el mismo estómago al distenderse con el alimento

CONCLUSIÓN: La anastomosis cologástrica en la pared posterior del estómago disminuye en forma significativa el desarrollo de fístulas y estenosis cervical. Es necesario un mayor tamaño de muestra para ampliar estos hallazgos. NO EXISTE CONFLICTO DE INTERESES

PALABRAS CLAVE: Sustitución esofágica, colon, fistula, estenosis

INGESTA DE CÁUSTICOS EN PEDIATRÍA. EXPERIENCIA QUIRÚRGICA.

Autor: Dr. Weimar César Maldonado Arze
Coautores: Dra. Isis Gómez, Dr. Jorge Alejandro Fonseca Nájera, Dr. Héctor Pérez Lorenzana, Dra. Maribel Bautista Martínez
Ponente: Dra. Maribel Bautista Martínez
Institución: UMAE Hospital General Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS, Ciudad de Mex.

INTRODUCCIÓN: La lesión cáustica en el tracto digestivo se presenta por la ingestión accidental o voluntaria de sustancias corrosivas. El pico de incidencia es a los 5 años con frecuencia de 1,000 a 2,000 casos por año. El objetivo del estudio es identificar los daños que produce la quemadura cáustica y los desafíos de la resolución quirúrgica que implica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio retrospectivo realizado durante un periodo de 4 años en un hospital público de tercer nivel. Analizamos: edad, sexo, sustancia ingerida, sintomatología, hallazgos endoscópicos, tipo de cirugia, tiempo quirúrgico, complicaciones y seguimiento

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Estudio retrospectivo, transversal, observacional, Medidas de tendencia central. Se realizó en variables no paramétricas: Mannwhitney y chi cuadrada. Para variables paramétricas: T de student.

RESULTADOS: Se realizaron un total de 291 endoscopías. Predominio masculino. La sustancia más ingerida fue sosa cáustica 42.5%, seguida por cloro 24.4%. Se realizó endoscopía al 100% postingesta. Utilizamos la clasificación de Maratka modificada para valoración de la gravedad: Esofagitis severa 7% con 2.8% de estenosis sin respuesta a dilataciones. El tratamiento quirúrgico fue resección y anastomosis a nivel de esófago cervical en 4 pacientes, sustitución esofágica con colon en 9 y un paciente con ascenso gástrico videoasitido retroesternal. Las complicaciones en la resección y anastomosis cervical fue un caso con fístula esofagocutánea y otro con fístula de quilo, mientras que en los pacientes sometidos a sustitución, se tuvo 44% de fístulas salivales y estenosis postquirúrgica en el 35%. Actualmente con adecuada ingesta de alimentos.

DISCUSIÓN: Los pacientes con esofagitis severa tienen alto riesgo de requerir cirugía esofágica, en nuestra serie 12 pacientes caen en este rango. Los otros dos, se clasificaron como Maratka IIC y III, que también indica grado importante de quemadura. Estos hallazgos corroboran el valor predictivo del estudio endoscópico. Es importante destacar que de los pacientes que ameritaron cirugía, 12 fue con sosa cáustica, correlacionándose con la literatura, siendo esta sustancia la más agresiva. Los pacientes con estenosis menor a 3 cuerpos vertebrales se sometieron a resección y anastomosis, el sitio cervical puede explicarse por la estrechés anatómica del cricofaringeo. Las estenosis largas condicionaron sustitución esofágica, con complicaciones menores (fístulas y estenosis) que se resolvieron con manejo conservador y dilataciones como lo descrito por varios autores

CONCLUSIONES: La sosa cáustica es la sustancia más agresiva para producir daño esofágico. El valor del estudio endoscópico es fundamental . Las opciones quirúrgicas mas valiosas en esófago quemado son resección y anastomosis cervical y sustitución esofágica.

No existe conflicto de interés.

Palabras clave: **Ingesta de Cáusticos, Estenosis esofágica, sustitución esofágica**

AORTOPEXIA TORACOSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE TRAQUEOMALACIA SEVERA EN NIÑOS

Autor y Ponente: **Dr. Carlos García Hernández**
Coautores: **Dra. Christian Elena Archivaldo García, Dra. Lourdes Carvajal Figueroa**
Dr. César Mauricio Calderon Alipi
Institución: **Hospital Infantil Privado, Ciudad de México**

INTRODUCCIÓN: La traqueomalacia produce debilidad traqueal, lo que puede provocar su colapso con los cambios de presión en la vía aérea, puede ser primario o secundario, relacionado con otras patologías como atresia esofágica o anillos vasculares. La sintomatología puede existir desde el nacimiento, se clasifica en agudo, moderado y severo, este último manifestado con neumonía recurrente, obstrucción respiratoria intermitente, dependencia del ventilador y riesgo de muerte súbita. El tratamiento quirúrgico, aortopexia, solo se prescribe para los casos antes mencionados.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Se trata de tres pacientes a término, que al nacimiento presentan datos de dificultad respiratoria, con sospecha de enfermedad de reflujo y catalogados con riesgo de muerte súbita, ameritado intubación temprana y prolongada, 1 femenino y 2 masculinos de 3, 9 y 12 meses de edad y peso de 3, 4 y 6 kilogramos respectivamente, portadores dos con traqueomalacia y uno con traqueobroncomalacia severa, con sintomatología manifestada de múltiples eventos de muerte casi súbita, todos tenían dependencia absoluta a la ventilación asistida. Los pacientes fueron sometidos a traqueostomía, funduplicatura de Nissen y gastrostomía anteriormente y trasladados a nuestro hospital sin mejoría.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: A los pacientes se les realizó entre enero del 2016 y julio del 2017 broncoscopía preoperatoria encontrando malacia traqueal y bronqueal severa. La angiotomografia torácica descartó otras causas de compresión traqueal extrínseca.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Se practicó aortopexia con abordaje toracoscópico izquierdo con 3 puertos de 5 y 3mm, presión de 5mmHg, colocando 3 suturas de poliéster de la aorta en el esternón con control endoscópico transoperatorio, el cual, mostró una mejoría del 80% en la luz traqueal en los 3 pacientes, tiempo quirúrgico entre 90 y 120 minutos, sin sangrado ni complicaciones.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: La asistencia del ventilador se eliminó al quinto, octavo y décimo día postoperatorio. En dos pacientes, la cánula de traqueostomía se retiró en el quinto y séptimo mes después de la cirugía. Solo un paciente espera la remoción de la cánula. Ninguno a tenido recurrencia de la sintomatología en un seguimiento de 3 a 20meses.

DISCUSIÓN: La aortopexia ha sido la principal opción de terapia quirúrgica para la malacia pediátrica. La técnica fue descrita por Filler en 1976, consiste en la fijación de la aorta al esternón consiguiendo la tracción de la sección anterior de la tráquea, que alivia la malacia. Este tratamiento se puede realizar mediante una toracotomía izquierda o derecha, esternotomía parcial o cirugía mínimamente invasiva, aunque este enfoque por toracoscopía solo se realiza en el 1,3% de los casos informados. En este trabajo presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de la traqueobroncomalacia severa mediante abordaje toracoscópico.

CONCLUSIÓN: La aortopexia toracoscópica es una técnica segura y efectiva para el tratamiento de la traqueomalacia primaria y severa en niños.

Sin conflicto de interés

Palabras clave: Aortopexia, Tráquea, Malacia, Traqueobroncomalacia, Toracoscopia.

QUILOTORÁX REFRACTARIO CON RESOLUCIÓN MEDIANTE MALLA FENESTRADA DIAFRAGMÁTICA.

Autor : **Dr. Sergio Adrián Trujillo Ponce**
Coautores: **Dr. Héctor Guillermo Ortiz Mojica, Dr. Manuel Jacobo Asbel**
Dr. Franco Rodríguez Everardo
Ponente: **Dr. Héctor Guillermo Ortiz Mojica**
Institución: **Antiguo Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, Jal.**

INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES:
Femenino de 2 años previamente sana, que inicia con dificultad respiratoria, cianosis peribucal, taquipnea y tiraje intercostal. Ingresa con datos de dificultad respiratoria severa, así como, asimetría torácica por sobredistención derecha, matidez e hipoventilación, con ausencia del murmullo respiratorio en hemitórax afectado. Sin antecedentes infecciosos, traumáticos o quirúrgicos previos.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Saturación por oximetría de 89%. En la radiografía de tórax radio opacidad total del hemitórax derecho, desplazamiento contra lateral de la vía aérea y mediastino. Tomografía de tórax simple y con ventana pulmonar presencia de derrame pleura derecho, colapso pulmonar completo Paracentesis con obtención de quilo, citoquímico: Colesterol 638mg/dl, triglicéridos 491mg/dl, Leucos 6120/mm3. Biometría hemática con linfocitosis, perfil lipídico normal, índices de infección negativos.

INTERVENCION TERAPÉUTICA: Se inició manejo conservador con nutrición parenteral total, dieta enteral elemental con triglicéridos de cadena media, octreótide a dosis máximas y sonda pleural, con producción de quilo de 2ml./kg/hra. Persistiendo el volumen de drenaje constante durante 5 días. Sometida a toracoscopía derecha, realizándo pleurodesis con doxiciclina en dos dosis, persiste con gasto quiloso elevado a través de sonda pleural durante los siguientes 5 días. Se realizó segunda toracoscopía derecha con ligadura del conducto torácico principal supradiafragmático y pleurectomía, sin mejoría, agregándose pérdida de peso y respuesta inflamatoria sistémica. Se realizó toracotomía posterolateral derecha con ligadura de la cisterna magna y colocación de malla fenestrada diafragmática derecha en el tendón central, de 5cm. de diámetro. La paciente presentó reducción gradual del drenaje, logrando mejorar su estado nutricional, permitiendo el retiro del sello pleural al 4o. día por drenaje citrino de 5ml. permitiendo y su egreso hospitalario.

SEGUMIENTO Y RESULTADOS: A un año de evolución la paciente esta asintomática, sin dificultad respiratoria y control radiográfico normal, adecuada ganancia ponderal.

DISCUSIÓN: El quilotórax en pediatría suele ser de presentación congénita o adquirida, secundaria a infección, intervención quirúrgica torácica o trauma, genera pérdida de electrolitos, leucocitos e inmunoglobulinas así como malnutrición asociada. El tratamiento conservador mediante Octreótide y nutrición parenteral total o mixta debe ser la primera línea de manejo en el quilotórax simple. En 1948 Lampson reportó la ligadura del conducto torácico considerándose la técnica quirúrgica de elección en pacientes sin respuesta al tratamiento conservador, sin embargo, existen pocas referencias sobre quilotórax refractario y su manejo idóneo. Actualmente en reportes de casos aislados y series de casos pequeños en pacientes pediátricos de quilotórax persistente se ha considerado como una alternativa terapéutica la ligadura de la cisterna magna y/o la colocación de una malla fenestrada diafragmática que permita el drenaje peritoneal del líquido quiloso. La colocación de esta malla se puede realizar de manera convencional o por mínima invasión, en nuestro paciente, por la respuesta inflamatoria debido a los procedimientos previos se optó por un abordaje abierto. La respuesta a este último procedimiento fue notoria con resolución del quilotórax, aunque existe la interrogante acerca de cuál de estos dos últimos procedimientos fue el responsable de la resolución.

CONFLICTO DE INTERÉS: Sin conflicto de intereses.

PALABRAS CLAVE: Pediatría, quilotórax refractario, fenestra diafragmática

.

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES PERIESTOMALES OBSTRUCTIVAS EN EL NIÑO CON TRAQUEOSTOMÍA . LA DECANULACIÓN QUIRÚRGICA SERIE DE CASOS

Autor: **Dr. Rogelio Sancho Hernández**
Coautores: **Dra. Daniela Serna Garduño, Dra. Rebeca Dosal de la Rosa, Dra. Rosy Quimbert Montes**
Ponente: **Dra. Daniela Serna Garduño**
Institución: **Instituto Nacional de Pediatría, Ciuidad de México.**

FUNDAMENTOS: El granuloma supraestomal con colapso de la pared anterior traqueal y la estenosis pueden causar obstrucción y muerte por la decanulacion accidental en el niño con traqueostomia. No hay reportes nacionales de la conducta de decanulacion quirúrgica en estos pacientes.

PROPÓSITO: determinar la efectividad y pronóstico de la resección quirúrgica del granuloma obstructivo con traqueoplastia en pacientes con traqueostomia complicada sometidos a decanulacion quirúrgica.

MATERIALY MÉTODOS: Escenario: Instituto público de tercer nivel. **Participantes:** Todos los pacientes con granuloma obstructivos > 90%con fracaso a la resección endoscópica.

I**NTERVENCIÓN:** Bajo intubación orotraqueal y del estoma de traqueostomia con cánula acorde para su edad, se realiza resección de la fístula traqueo cutánea, se incide la tráquea anterior de forma longitudinal, se avanza cánula orotraqueal y se extrae granuloma, se reseca y procede con traqueoplastía anterior con sutura no absorbible. En ausencia de fuga a aérea, se extuba con apoyo de oxígeno indirecto y tera-pia antiinflamatoria inhalada en posoperatorio inmediato y posterior control broncoscopico.

VARIABLES: Indicación de traqueostomia, edad, sexo, género, días de intubación, porcentaje de de estenosis, comorbilidades, clínica y pronóstico.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: Estudio retrospectivo de una serie de cuatro casos del 2015-2018.

EVALUACIÓN DE LAS VARIABLES SIN SESGO: Tamaño de la muestra pequeño.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: Serie de casos de cuatro pacientes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Estudio retrospectivo

RESULTADOS: Dos lactantes con secuelas de displasia broncopulmonar: estenosis subglótica II y III de Coton respectivamente con tratamiento endoscópico exitoso, decanulación tardía por granuloma obstructivo del 90% de base ancha, uno sangrante y otro con colapso dinámico de la tráquea periestomal, se realiza decanulación quirúrgica con resección granuloma, traqueoplastiá anterior con sutura absorbible, extubación inmediata; preescolar con secuelas de ventilación prolongada, decanulación accidental con estridor y cianosis, en la broncoscopía con granuloma gigante y malacia anterior que requiere resección de granuloma y traqueoplastiá anterior, extubación en 24 horas; y escolar con secuelas de ventilación quien no tolera decanulación, en la broncoscopía con granuloma supraestomal del 80% y estenosis infraestomal del 90%, se realiza resección de granuloma y estenosis periestomal de 4 anillos traqueales y anastomosis termino-terminal, extubación en 72 hrs sin recurrencias; los 4 con seguimiento clínico y endoscópico a 3 años sin complicaciones ni recurrencias

DISCUSIÓN: El granuloma supraestomal obstructivo y el colapso dinámico de la pared traqueal anterior que complica en el niño con traqueostomia obliga a un reconocimiento temprano y una evaluación endoscópica para evitar la obstrucción y muerte por la decanulación accidental y tardía, en pacientes correctamente seleccionados con control de sus comorbilidades , la decanulación quirúrgica ,con resección de granuloma y traqueoplastia anterior en el postoperatorio inmediato ofrecen un opción quirúrgica con pronóstico favorable.

CONCLUSIÓN: En los granulomas supraestomales obstructivos de base ancha que complican con colapso anterior traqueal la instrumentaciónn endoscópica no es recomendable y la resección y traqueoplastia anterior permiten la decanulación quirúrgica exitosa.

EXPERIENCIA ENDOSCÓPICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autor y Ponente: **Dr. Jorge Marino Vidal Medina**
Coautores: **Dr. Plácido Espinosa Rosas, Dra. Carolina Ogaz Campos, Dr. Iván Mauricio Llanos Arango**
Institución: **Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE; Ciudad de México**

FUNDAMENTO: En la actualidad la Endoscopía Pediátrica representa no sólo una herramienta diagnóstica, sino también terapéutica; más aún, la endoscopía flexible podría mejorar o reemplazar en el futuro algunas de las técnicas quirúrgicas existentes.

PROPÓSITO: Conocer cuáles son los procedimientos Endoscópicos que en la actualidad se realizan más frecuentemente en una cohorte de pacientes pediátricos de un centro Hospitalario de Tercer Nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisó la base de datos del servicio de nuestro hospital, misma que fue creada desde que dio inicio del Curso de Posgrado de Alta Especialidad en Endoscopía Digestiva y Respiratoria Pediátrica en Marzo del 2013 y hasta el 28 de Febrero del 2018. La recopilación y análisis de los datos obtenidos corrió a cargo de los residentes de Posgrado en proceso de formación.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: 1587 procedimientos realizados en pacientes pediátricos con rango de edad entre 1 y 216 meses de edad.

RESULTADOS: El Total de Estudios realizados en el período comprendido entre el 1º Marzo del 2013 y el 28 de Febrero del 2018 fue de 1587, de los cuales 74.77% fueron Esófagogastroduodenoscopías con un total de 1186; Diagnósticas: 846; Terapéuticas: 340 (Dilatación esofágica 235, Retiro de cuerpo extraño 4, Polipectomía Gástrica 2, Gastrostomías Percutáneas 11, Ligadura de Várices 32, Esceleroterapia 20, Ultrasonido Endoscópico Transesofágico 4, Drenaje de pseudoquiste pancreático 1, Colocación de Prótesis Esofágica 7, Colocación de Cápsula Endoscópica 5, Colocación de Sonda Transpilórica 19). El 12.2% fueron Colonoscopias con un total de 194; Diagnósticas: 186; Terapéuticas: 8 (Polipectomías). El 8.4% lo representaron las Broncoscopías, con un total de 134; Diagnósticas: 130; Terapéuticas 4 (Retiro de cuerpo extraño 3, dilatación de estenosis traqueal 1). El 4.03% fueron Nasolaringoscopias con un total de 64; y un 0.56% lo representó la Colangiopancreatografía Retrógada Endoscópica con un total de 9.
Complicaciones: 23, mismas que representaron el 1.4% del total de estudios (17 inherentes al procedimiento y 6 inherentes al equipo técnico). Durante el mismo período también se reportó una defunción asociada a la realización de un estudio.

DISCUSIÓN: El tipo de procedimientos Endoscópicos realizados en nuestra unidad son predominantemente diagnósticos, encontrando pocos procedimientos terapéuticos y de igual manera pocas complicaciones, equiparables a las reportadas en la literatura universal. Desconocemos la experiencia acumulada en otros centros con Endoscopía Pediátrica a nivel nacional.

CONCLUSIÓN: El presente estudio representa el primer reporte de la experiencia acumulada en nuestro servicio en un período determinado de tiempo y sienta las bases para la realización de estudios comparativos a largo plazo dentro de nuestra propia institución y con respecto a otros centros hospitalarios. Consideramos también éste trabajo relevante, en el sentido de fomentar la participación de otros Centros de Adiestramiento Hospitalarios formadores de recursos endoscópicos pediátricos a compartir su experiencia y en un futuro considerar la creación de una base Endoscópica común que ayudaría al desarrollo de ésta, relativamente nueva, Subespecialidad Médica.
CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno
PALABRAS CLAVE: Endoscopia, Broncoscopia, Pediátrica.

QUISTE SUPRARRENAL IZQUIERDO INFECTADO EN PACIENTE PEDIÁTRICO COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL, PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Autor: Dr. Víctor Martínez Bucio
Coautores: Dr. Jorge Sámano Pozos, Dr. Alberto Delgago Porras, Dr. Guillermo Jacobo Serrano Meneses
Ponente: Dr. Guillermo Jacobo Serrano Meneses
Institución: Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, Ciudad de México

INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES: Paciente femenino de 14 años de edad quien comienza con dolor abdominal de 8 días de evolución. El dolor abdominal comenzó en epigastrio y posteriormente se irradió a región lumbar izquierda. A los 3 días del inicio del cuadro se agrega fiebre de hasta 38.5 C. A los 8 días de evolución persiste con el dolor abdominal intermitente y fiebre por lo que acude a valoración.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Se solicita un USG abdominal en donde se observa una masa sobre riñón izquierdo bien delimitada. Se realiza Tomografía abdominal simple y contrastada en donde se observa riñón izquierdo de topografía habitual, con presencia de tumoración a nivel de polo superior con pared delgada. Se solicita nivele séricos de Aldosterona (64.6 pg/ml), Cortisol (16.36 ug/dl), DHL (384 U/L) y exámenes pre-quirúrgicos los cuales resultaron sin alteraciones. Se realiza resonancia magnética delimitando la lesión quística la cual tiene efecto de masa sobre polo superior de riñón izquierdo. Se observa ganglios de características conservadas. Paciente cumple con esquema de antibiótico y se programa para intervención quirúrgica.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Se realiza incisión supra umbilical izquierda, para abordaje de glándula suprarrenal, se realiza incisión en el peritoneo lateral a lo largo del ángulo esplénico, el colon descendente y sigmoides superior, se divide la línea blanca de Toldt y se moviliza cuidadosamente el bazo, incluyendo estómago y colón izquierdo. Se empuja suavemente todas las entidades anatómicas del lado izquierdo en sentido anteromedial (Maniobra de Mattox). Se encuentra quiste suprarrenal izquierdo de aproximadamente 7 x 7 x 8 cm de diametro. Se reseca en su totalidad sin resecar glándula suprarrenal. No se encuentran complicaciones en el transquirúrgico.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Se envía pieza a patología encontrando un quiste de origen epitelial donde se observa pared fibrosa, zonas de hemorragia y necrosis.

DISCUSIÓN: Los quistes suprarrenales son un padecimiento muy raro en el paciente pediátrico. Suelen ser unilaterales y no funcionantes. Son más frecuentes en mujeres (3:1) entre la quinta y sexta década de la vida. La clínica de estos procesos es inespecífica y suelen ser asintomático. El manejo de un quiste suprarrenal se puede resumir en tres pilares fundamentales: Descartar el estado funcional del quiste (hipercortisolismo, hiperaldosteronismo, secreción aumentada de esteroides sexuales o catecolaminas), evaluación de posible malignidad por imágenes y evitar las posibles complicaciones (hemorragia, infección), sobre todo en los quistes de gran tamaño.

CONCLUSIÓN: Los grandes quistes suprarrenales se manifiestan debido al efecto de masa sobre las estructuras abdominales adyacentes, causando dolor abdominal, síntomas gastrointestinales o masa palpable en el flanco, a pesar de que la gran mayoría son asintomáticos y se diagnostican incidentalmente. La fiebre y el dolor son síntomas derivados de la infección o la hemorragia intraquística.

CONFLICTO DE INTERESES: los autores de la presentación de este caso clínico no tienen conflicto de intereses.

PALABRAS CLAVE: Quiste suprarrenal;; Hipercortisolismo;; Hiperaldosteronismo

SEGUIMIENTO DE PACIENTES POST OPERADOS DE ATRESIA INTESTINAL POR ABORDAJE UMBILICAL, PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Autor y Ponente: **Dr. Francisco Martin Lapouble Ramírez**
Coautores: **Dr. Richard García Jurado, Da. Rosa Jane Kanematsu, Dr. Rolando Cervantes Bernal**
Institución: **Hospital María Auxiliadora, Lima, Perú**

Se presenta el caso de 2 pacientes recién nacidos a término, naturales y procedentes de Lima- Perú, con atresia intestinal sin comorbilidades, a los que se les realizó anastomosis intestinal primaria por abordaje umbilical, con seguimiento a 16 y 10 meses, respectivamente, sin complicaciones. Caso 1: Paciente varón recién nacido a término, de 37 semanas, de 2800 gr, de parto vaginal sin complicaciones, que a las 8 horas de vida presenta distensión abdominal y vómito verdoso en 20 cc, se le toma radiografía simple de abdomen donde se observan 4 niveles niveles hidroaéreos con radiopacidad en hemiabdomen inferior; se le coloca sonda orogástrica obteniéndose residuo gástrico 25 cc de coloración verdosa. Ingresa a sala de operaciones para exploración abdominal donde se aborda por incisión supraumbilical, se evisceran asas intestinales encontrándose a 60 cm del ángulo de Treitz, atresia yeyunal tipo IIIB y IV, se realiza resección de segmento atrésico y se procede a anastomosis yeyuno yeyunal termino terminal con gastrostomía y colocación de sonda transanastomótica. Pasa a UCI, donde permanece 3 días en ventilación mecánica y al sexto día post operatorio inicia vía oral de manera progresiva, llegando al volumen enteral total a los 10 días de post operado y se le retira la sonda de gastrostomía a los 16 días post operado, finalmente es dado de alta a los 26 días de vida post operado, sin complicaciones. Ha tenido seguimiento por consultorio de manera periódica con último control a los 16 meses de vida, con buena tolerancia oral, con mínima cicatriz operatoria, de evolución favorable y sin intercurrencias. Caso 2: Paciente varón, recién nacido a término de 37 semanas, de 3100 gr, de parto vaginal sin complicaciones, que a las 12 horas de vida presenta distensión abdominal marcada progresiva con vómitos biliosos en 2 oportunidades de 20 y 35 cc, respectivamente. Se le toma radiografía de abdomen simple donde se observa niveles hidroaéreos y silencio abdominal en hemiabdomen inferior. Ingresa a sala de operaciones al primer día de vida, para laparotomía exploratoria por abordaje umbilical (Bianchi Modificado) donde se encuentra atresia yeyunal y vólvulo intestinal, por lo que se reseca 35 cm de asas intestinales necróticas y se realiza yeyunostomia tipo Santulli. Paciente pasa a UCI, e inicia vía oral al cuarto día post operado con aumentos lentos y progresivos, paciente cursa con flujos altos por ileostomía a los 7 días de vida por lo que requirió incrementos más lentos de la vía oral, así como también cuadro de sepsis neonatal tardía que requirió antibioticoterapia de amplio espectro. Finalmente paciente es dado de alta con buena tolerancia oral y con adecuado flujo por yeyunostomía, ha tenido seguimiento por consultorio de manera periódica hasta los 10 meses de vida, sin intercurrencias y con mínima cicatriz operatoria.

DISCUSIÓN: El abordaje de la cavidad abdominal en neonatos debe realizarse de tal manera que se logre una adecuada exposición del contenido abdominal, por lo que la presentación de este trabajo plantea el abordaje umbilical no solo como una alternativa a esto, sino que además como alternativa que brinda excelentes resultados estéticos post operatorios y sin complicaciones al seguimiento. Las principales limitaciones se enfocan al poco número de casos y al tiempo de seguimiento, por lo que es importante continuar con estudios que amplíen esta experiencia a fin de llegar a recomendaciones más fehacientes**.**

CONCLUSIÓN: El abordaje transumbilical según técnica de Bianchi, se presenta como alternativa bastante eficiente al momento de exponer el contenido de la cavidad abdominal, así como también brinda mejores resultados estéticos post operatorios. Conflicto de intereses: Este reporte no ha recibido patrocinio y sus resultados no implican ventaja económica o comercial, tiene por sola intención generar conocimiento.

Palabras clave: Atresia intestinal, cirugía, ombligo

PERFORACIÓN GÁSTRICA POR TRICOBEZOAR

Autor y Ponente: **Dra. Rocío Zaida Guillén Apaza**
Coautores: **Dr. Carlos Guillén Rivera, Dr. Víctor Sánchez Acevedo, Dr. Jaime Cerdeña Villamar**
Institución: **Hospital Nacional Alcides Carrion Callao, Lima, Perú**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Niña vive actualmente con abuelos maternos. Abandono de padre, madre con antecedente de tricotilomanía, al igual que tíos, paciente recibió tratamiento de parasitosis hace un mes.

Paciente de sexo femenino, de 11 años de edad, procedente de Venezuela, quién acude por emergencia, con cuadro caracterizado por presentar dolor abdominal de moderada a gran intensidad de manera difusa, hiporexia, distensión abdominal vómitos biliosos en tres oportunidades, no deposiciones hace dos días. Asimismo indica que hace 21 días presenta dolor abdominal tipo cólico, difuso de leve a moderada intensidad, hiporexia, por lo que acudieron a Centro de Salud donde indican analgésicos. Al examen abdomen muy distendido, ruidos hidroaéreos abolidos, timpánico, doloroso a la palpación.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Hemograma: Leucocitos:11.100 mm3, abastonados:14% segmentados: 75%. Hb:12.1gr/dl, plaquetas: 493000. PCR: 36.8

Ecografía Abdominal: Líquido libre en moderada cantidad en todos los procesos de cavidad. Radiografía de Abdomen: Distensión de asas intestinales, neumoperitoneo.

Radiografía de tórax: Se evidencia neumoperitoneo. Exámenes de gabinete que apoyaron en la decisión quirúrgica.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Se realizó laparotomía exploratoria, con una incisión mediana supra e inflaumbilical, encontrándose más o menos un litro de secreción purulenta mal oliente, asas intestinales cubiertas con abundante fibrina, asas delgadas y gruesas distendidas, al explorar se palpa tumoración en estómago, así mismo se encuentra perforación gástrica en cara anterior, 1/3 superior de curvatura mayor de más o menos 1.5 cm de diámetro. Cubierta con fibrina y epiplón dirigido a lecho. Se realizó gastrotomía anterior que incluye perforación. Extrayéndose tricobezoar íntegro. Se procede a rafia gástrica con ácido poliglicólico 3/0 en dos planos. Se dejó dos drenes uno en fondo de saco de Douglas y otro en subhepático. Cierre por planos.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Paciente a los dos meses postoperatorios curso con cuadro de suboclusión intestinal, por lo cual estuvo hospitalizada un día, mejorando condición de salud. Actualmente se encuentra en terapia psicológica de los cuales van 7 meses.

DISCUSIÓN: Tricobezoar es una patología poco frecuente, que corresponden a bezoares compuestos por pelos, causa es la tricotilomanía, asociada a tricofagia (ingerir cabello, propio o no). Se han descritos muy pocos casos de perforación gástrica como complicación de tricobezoar, en la actualidad no se ha podido constatar que ésta sea la patogenia de perforación. Siendo su complicación más frecuente obstrucción intestinal, diagnóstico con el que ingresó paciente a sala de operaciones, puesto que el diagnóstico definitivo fue intraoperatorio. El manejo en la mayoría es quirúrgico por laparoscopia, pero en el caso de la paciente por la forma de presentación fue convencional.

CONCLUSIÓN: El presente caso fue de ayuda para tener en cuenta las complicaciones de tricobezoar, así mismo para considerarlo como diagnóstico diferencial. El manejo multidisciplinario posterior a la cirugía, para que la paciente pueda tener soporte emocional y social, así evitar recurrencias de la misma.

Conflicto de intereses: ninguno
Palabras clave: perforación, tricobezoar, gástrica, tricotilomania

DUPLICACIÓN INTESTINAL DE INTESTINO DELGADO: SERIE DE CASOS

Autor: **Dr. Weimar César Maldonado Arze**
Coautores: **Dr. Héctor Pérez Lorenzana, Dra. Sandra Yasmin López Flores. Dr. Gerardo Jiménez García, Dr. Luis Enrique Alegría Hernández**
Ponente: **Dr. Luis Enrique Alegría Hernández**
Institución: **UMAE Hospital General Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS, Ciudad de Méx**

INTRODUCCIÓN: Las duplicaciones intestinales son enfermedades congénitas raras, que ocurren con una incidencia de 1 en 4000 a 5000 nacidos vivos. Estas malformaciones se han descrito a lo largo de todo el tracto digestivo. La forma de presentación es inespecífica que van desde un curso asintomático hasta complicaciones potencialmente mortales. Por lo que el **objetivo** del presente trabajo es identificar las formas de presentación clínica y las diferentes formas de abordaje quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio retrospectivo, realizado durante un periodo de 3 años, en un centro hospitalario de tercer nivel, público. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de duplicación a nivel de intestino delgado. Se excluyeron los que no contaban con expediente completo. Las variables estudiadas fueron, edad, sexo, presentación clínica, comorbilidades, estudios de laboratorio y gabinete, localización anató-mica, tamaño de la lesión y tipo de trata-miento quirúrgico empleado. Para su análisis estadístico se emplearon medidas de tendencia central.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se tuvieron un total de 4 pacientes, de los cuales todos fueron hombres, las edades fluctuaron entre 1 mes y 1 año 8 meses. Dos pacientes se presentaron con datos de abdomen agudo, un paciente con tumoración abdominal palpable, el último se realizó diagnóstico prenatal. Los pacientes con abdomen agudo se sometieron a laparotomía urgente, uno presentó perforación intestinal y el otro vólvulo, ameritando su resección y derivación. Mientras que en los otros dos pacientes; con tumoración palpable y diagnóstico prenatal se completaron estudios de gabinete: ultrasonido y tomografía. En el primero cirugía electiva con resección y anastomosis y el otro resolución laparoscópica con resección video-asistida. Las 4 lesiones fueron quísticas, 3 de ellas con localización en ileon terminal y una en yeyuno.

DISCUSIÓN: Las manifestaciones clínicas de las duplicaciones son inespecíficas, dependiendo del tipo, de su localización, de la presencia de mucosa heterotópica y de las complicaciones que pudiesen ocasionar. Así en nuestros casos, dos se presentaron como abdomen agudo, otro como tumoración abdominal, y el último asintomático. Si la estabilidad hemodinámica del paciente lo permite se debe realizar ultrasonido o tomografía para una cirugía más planeada. El tratamiento quirúrgico puede variar según su forma de presentación, desde mínima invasión hasta laparotomía urgente. La literatura menciona que estas lesiones se localizan generalmente en íleon terminal, como es el caso de nuestros pacientes y son de predominio quístico.

CONCLUSION: Las manifestaciones clínicas y el abordaje quirúrgico en las duplicaciones intestinales son variadas por lo que el cirujano debe estar preparado. Los datos clínicos definen el tipo de tratamiento quirúrgico.

NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS

PALABRAS CLAVE: *Duplicación intestinal, tumoración, perforación, ileon, yeyuno.*

EXPERIENCIA DE ESPLENECTOMÍA EN EL MANEJO DE PLAQUETOPENIA SECUNDARIA A PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNOLÓGICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DEL NORESTE DEL PAÍS; SERIE DE CASOS

Autor y Ponente: Dr. Eduardo Vásquez Gutiérrez
Coautores: Dr. Jorge Rodrigo Quintanar Morales, Dr. Oscar A. Infante González
Ponente: Dr. Jorge Rodrigo Quintanar Morales
Institución: UMAE 25, IMSS; Monterrey, N.L

FUNDAMENTO: El manejo médico de la púrpura trombocitopenica inmunológica incluye medicamentos con efectos indeseables, la esplenectomía es una opción terapéutica que permite mantener al paciente con niveles adecuados de plaquetas, libre de medicamentos.

PROPÓSITO: Conocer la eficacia de la esplenectomía en pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática con falla al tratamiento médico.

MATERIAL Y MÉTODOS: centro hospitalario de tercer nivel público en provincia con población pediátrica hematológica de los estados que abarca el noreste de la república mexicana. Participa cirujano pediatra con 16 años de experiencia adscrito al servicio de cirugía pediátrica

PARTICIPANTES: Pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática sin respuesta a tratamiento médico con rango de edad de 0 a 15 años. Criterios de exclusión información incompleta.

INTERVENCIÓN: esplenectomía laparoscópica o convencional en pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática con falla a tratamiento médico.

VARIABLES: se consideraron como variables cuantitativas la edad y cualitativas la respuesta favorable a la esplenectomía y la falla a esta.

RECOLECCIÓN DE DATOS: Se evaluaron expedientes clínicos y/o electrónicos, para identificar a pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática, sometidos a esplenectomía de enero del 2015 a marzo del 2018 y la respuesta al tratamiento.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: 16 pacientes cumplieron los criterios de inclusión.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Para la estadística descriptiva se utilizó media y mediana (variables cuantitativas), para las variables cualitativas se utilizaron porcentajes.

RESULTADOS: un total de 16 pacientes con rango entre 4 a 15 años, con media de 9 años y mediana de 10 años; 10 hombres y 6 mujeres. 14 pacientes tuvieron favorable (87.5%) y 2 pacientes sin respuesta (12.5%), de estos últimos se encontró 1 paciente con tejido esplénico residual.

DISCUSIÓN: la esplenectomía demostró ser un tratamiento eficaz en los pacientes con púrpura trombocitopénica y con falla al tratamiento médico

CONCLUSIÓN: Los resultados de este estudio nos permiten concluir que la esplenectomía es una opción de tratamiento en aquellos pacientes con falla al manejo médico y les ayuda a mantener adecuados niveles plaquetarios sin necesidad de continuar con tratamiento farmacológico.

Conflicto de intereses: no se presentaron

TÉCNICA Z PLASTÍA PARA REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE QUISTE PILONIDAL EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL, TRABAJO LIBRE

Autor: Dra. Sandra Yasmin López Flores
Coautores: Dr. Gerardo Jiménez García, Dr. Tomás Felipe Gil Villa, Dr. Alberto Gone Fernández, Dr. José Ivanhoe Minor Sánchez
Ponente: Dr. José Ivanhoe Minor Sánchez
Institución: UMAE Hospital General Centro Médico Nacional “La Raza", IMSS, Ciudad de Méx

INTRODUCCIÓN: El quiste pilonidal sacro coccígeo, es una enfermedad cuya fisiopatología aún no es completamente comprendida, actualmente existen múltiples terapéuticas, en nuestro centro se realiza innovación en la técnica quirúrgica, con excelentes resultados a largo plazo

OBJETIVO: Describir los resultados con Z plastias en el manejo de quiste pilonidal

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal que se lleva a cabo en un hospital de tercer nivel a cargo del servicio de cirugía pediátrica colorrectal en conjunto con cirugía plástica y reconstructiva pediátrica de enero del 2014 a enero del 2018 en pacientes con diagnóstico de quiste pilonidal menores de 16 años operados con técnica de Z plastía, con criterios de inclusión expediente clínico completo, ultrasonido de la región lumbar, fistulograma, laboratorios pre quirúrgicos, se excluyeron del estudio pacientes sin expediente clínico completo, con estudios pre quirúrgicos incompletos. Con seguimiento de la evolución posquirúrgica y complicaciones hasta su egreso y control por la consulta externa. Se estudian las variables, sexo, edad, síntomas de presentación, estudios realizados, hallazgos quirúrgicos, tasa de recidiva, infección y dehiscencia de herida quirúrgica, tiempo de estancia hospitalaria, tiempo de uso de drenaje a presión negativa. Se emplearon medidas de tendencia central para su análisis.

RESULTADOS: Previo consentimiento informado de los padres se incluyeron en el estudio comprendido de 2014 a 2018, cinco pacientes, cuatro mujeres y un hombre, de edades entre 12 y 16 años, con una moda de 12 años, con síntomas de presentación dolor perilesional 100%, aumento de volumen en región sacra 100%, salida de material purulento
75%. Todos cuentan con ultrasonido y 40% cuenta con fistulograma. Sin presencia de recidivas 0%, dehiscencia de herida quirúrgica 0%, infección de sitio quirúrgico 0%, promedio de estancia hospitalaria 5 días, uso de drenaje a presión positiva 4 días 100%.

DISCUSIÓN: La Z plastía, se ha observado como un procedimiento seguro con una baja tasa de recidivas, en estudios comparativos con otro tipo de técnicas, como lo es el cierre primario o algún otro tipo de colgajo, ya que según lo reportado en la literatura, la herida quirúrgica en línea media, incrementa, el riesgo de presentar recidivas, al cambiar la dirección de la herida quirúrgica mediante Z plastía, se disminuye la fricción entre tejidos, aleja los folículos pilosos de la herida quirúrgica, y disminuye tensión sobre la sutura, lo que disminuye el riesgo de dehiscencia. La utilización de drenaje cerrado se ha considerado como una buena opción para mantener la herida quirúrgica limpia y seca, lo que ayuda a una recuperación más rápida. A nivel mundial se ha observado con una baja tasa de re intervenciones y complicaciones con la herida quirúrgica lo que se corrobora con nuestra estudio, en los cuales no se presentó ningún cuadro infeccioso o necesidad de re exploración quirúrgica. Con un seguimiento a largo plazo, libre de complicaciones.

CONCLUSIÓN: La técnica de Z plastía para tratamiento de quiste pilonidal, es una opción recomendable, segura, que ofrece adecuados resultados estéticos, funcionales, con una tasa baja de recidiva. S
SIN CONFLICTO DE INTERESES.

Palabras clave: Quiste pilonidal, z plastia, revisión cicatriz, cirugía pediátrica.

COLECTOMÍA TOTAL, PARCIAL Y PROCEDIMIENTO DE REHBEIN EN CIRUGÍA DE COLON DE MÍNIMA INVASIÓN. SERIE DE CASOS.

Autor y Ponente: **Dra. Lina María Pardo Orozco**
Coautores: **Dr. Pedro Salvador Jiménez Urueta, Dr. Manuel Roberto Yanqui Saltos, Dr. José de Jesús Gutiérrez Escobedo**
Institución: **Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE; Ciudad de Méx.**

INTRODUCCIÓN: La colectomía por mínima invasión se ha llevado a cabo en agangliosis de colon, megarrecto, poliposis familiar múltiple, CUCI (colitis ulcerativa) entre otras.

FUNDAMENTO: La colectomía laparoscópica total o parcial ofrece ventajas por encima de la colectomía abierta y se ha llevado a cabo en casos aislados en México, es importante difundir los trabajos realizados en los países de habla hispana.

PROPÓSITO: Presentar la experiencia en la cirugía de colon en un hospital de tercer nivel abordado por mínima invasión.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo con revisión de expedientes en un hospital de tercer nivel de agosto 2011 a Diciembre 2017. Se incluyeron a todos los pacientes a los que se les realizó algún tipo de procedimiento en el colon mediante mínima invasión, se descartaron los que no contaban con expediente completo. Se estudiaron las variables, edad, sexo, estudios diagnósticos, diagnóstico preoperatorio, diagnóstico postoperatorio, tipo de cirugía, abordaje quirúrgico, complicaciones. Se realizó análisis estadístico descriptivo (medidas de tendencia central, dispersión, tabla y polígono de frecuencias).

RESULTADOS: En el periodo estudiado se realizaron un total de 10 procedimientos quirúrgicos. Seis mujeres y 4 hombres. Rango de edad 6 a 17. Media 12.6 años. Un paciente con CUCI, Tres megarrectos, agangliosis de colon, deficiencia de 5 alfa reductasa, pseudohermafroditismo, agenesia de vagina, hemangioma y carcinoma de colon asociado a poliposis uno de cada uno de los casos. Los estudios de imagen más utilizados fueron el colon por enema, tránsito intestinal y ultrasonido pélvico. Se realizaron 2 colectomías totales, 1 en poliposis familiar con carcinoma y 1 en CUCI, 3 cirugías de colon para injerto y neovagina, 3 Procedimientos de Rehbein para megarrecto, 1 Georgeson para agangliosis y 1 resección total de hemangioma del colon transverso. Un paciente operado de ileoproctoanastomosis presento estenosis de la anastomosis y sangrado recurrente. Por lo que se tuvo que realizar ileostomía. Un paciente con poliposis familiar múltiple se le diagnosticó cáncer de colon invasivo, presento cuadro de sepsis en el postoperatorio y falleció.

DISCUSIÓN: La cirugía de colon mediante mínima invasión cada vez gana mayor número de adeptos, los trabajos en Latinoamérica y México aún son insuficientes para demostrar que estos procedimientos son seguros en los países latinos. El grado de complejidad y manejo postoperatorio sobretodo de la colectomia total requiere como en toda cirugía de colon, extremo cuidado en la preparación pre y postoperatoria para evitar complicaciones graves. Se debe aumentar el número de casos operados por este abordaje.

CONCLUSIONES: La colectomía parcial o total con sus diferentes modalidades en mínima invasión se puede utilizar para cualquier tipo de paciente pediátrico que requiere cirugía de colon. Es segura y eficaz y ha demostrado beneficios sobre la cirugía abierta.

Palabras clave: Colectomía, laparoscopia, Rebhein
No existe conflicto de intereses

SWENSON TRANSANAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG Y CIRUGÍA ABDOMINAL PREVIA. ESTUDIO LONGITUDINAL

Autor y Coautores: **Dra. Sandra Yasmin López Flores**
Dr. Dr. Héctor Pérez Lorenzana, Dr. Tomas Felipe Gil Villa, Dr. Gerardo Jímenez García, Dra.Jessica Arleet Pérez Gómez
Ponente: **Dra. Jessica Arleet Pérez Gómez**
Institución: **UMAE Hospital General Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS, Ciudad de Méx**

FUNDAMENTO: En los últimos años con el afán de ofrecer técnicas quirúrgicas que provoquen menos trauma al paciente con Enfermedad de Hirschsprung, se ha adquirido experiencia en el abordaje transanal como tratamiento primario, sin embargo aún hay una gran cantidad de pacientes referidos a hospitales de tercer nivel con cirugías abdominales previas.

PROPÓSITO: Exponer el tratamiento de la Enfermedad de Hirschsprung con un abordaje combinado, Swenson transanal y laparotomía en pacientes con cirugía abdominal previa. Objetivo: Demostrar que el procedimiento propuesto es una buena alternativa de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio descriptivo, observacional, prospectivo y longitudinal, con análisis de pruebas no paramétricas de Marzo del 2014 a Abril del 2018. Los pacientes fueron tratados por la clínica de Cirugía Pediátrica Colorrectal de un hospital de tercer nivel por Cirjanos Pediatras y Cirujano Colorrectal. Se incluyeron pacientes con Enfermedad de Hirschsprung y cirugía abdominal previa. Se excluyeron a los pacientes que fueron tratados con Swenson transanal como tratamiento primario. Las variables estudiadas fueron: edad, género, inicio de la vía oral, complicaciones, dilataciones postoperatorias, irrigaciones rectales, colitis obstructiva proliferativa, estenosis de la anastomosis y continencia fecal. Tamaño de la muestra: 9 pacientes

RESULTADOS. Se estudiaron a 9 pacientes, 4 del sexo masculino y 5 femeninos con un rango de edad de 1 a 6 años, todos los pacientes con Enfermedad de Hirschsprung confirmada con biopsia rectal. En 5 pacientes con colostomía en descendente y células ganglionares en estoma funcional se descendió la colostomía; en un paciente con ileostomía se confirmó la enfermedad en colon sigmoides y se descendió el segmento normogangliónico, se manejó con dilataciones diarias hasta el cierre de la misma; en un paciente con colostomía en transverso se confirmó enfermedad en recto sigmoides resecando segmento agangliónico y descenso del segmento normogangliónico con cierre de colostomía en un segundo tiempo, una paciente con antecedentes de procedimiento de Duhamel y complicaciones por perforación, con colostomía se le realizó descenso de 25 cms de colon ascendente sitio de la colostomía previa, y a una paciente con cirugía abdominal por sospecha de malrotación sin colostomía se le hizo colectomía abdominal con biopsias transoperatorias descendiendo el segmento normogangliónico por abordaje transanal. A todos los pacientes se les realizó inicialmente abordaje abdominal con lisis de adherencias y colectomías del segmento agangliónico, hasta la reflexión peritoneal, posteriormente se realizó abordaje transanal de espesor total para la resección del recto y realizar la anastomosis coloanal. No requirieron dilataciones diarias, a excepción del paciente con ileostomía, solo se realizaron tactos rectales en la 2da semana posterior a la cirugía, ningún paciente presentó estenosis de la anastomosis coloanal. El inicio de la vía oral fue al 3er día postquirúrgico; dos pacientes presentaron colitis obstructiva proliferativa manejada con irrigaciones y metronidazol intravenoso. Actualmente 8 pacientes con control de esfínteres con evacuaciones Bristol 4-5. Un paciente se encuentra en adiestramiento.

DISCUSIÓN: De la Torre y Langer en el 2010 describen como opción terapéutica la realización de descensos transanales en pacientes colostomizados. Técnicamente es complejo iniciar con un abordaje transanal debido a las adherencias abdominales que impiden en ocasiones el descenso del colon; se sugiere iniciar con abordaje abdominal por medio de laparotomía. La disección del recto debe realizarse meticulosamente y adyacente al mismo, similar a la que se realiza en las malformaciones anorrectales, para evitar lesiones o complicaciones. Consideramos que el abordaje combinado es una buena opción de tratamiento en pacientes con Enfermedad de Hirschsprung con cirugía abdominal previa ofreciendo los mismos beneficios del Swenson transanal primario. No hay conflicto de intereses de los autores.

DESCENSO SWENSON (ESPESOR TOTAL) VERSUS SOAVE (ENDORRECTAL) COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS FUNCIONALES EN NIÑOS CON ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Autor y Ponente: **Dra. Karla Alejandra Santos Jasso**
Coautores: **Dra. María Antonieta Cabrera Hernández, Dr. Rodrigo Prado Vázquez, Dra. Maria Bouzidi**
Institución: **Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.**

FUNDAMENTO: El tratamiento quirúrgico de la Enfermedad de Hirschsprung (EH) se ha modificado pasando de una colectomía con resección del espesor total del recto y descenso colónico con anastomosis colorrectal (Procedimiento descrito por Swenson 1948), a la conservación del recto nativo con colectomia y anastomosis colorectal en la pared posterior del recto nativo (principo Duhamel) hasta la conservación de un mango muscular del recto nativo, con resección de mucosa y submucosa rectal, colectomía y descenso colónico endorrectal con anastomosis colorrectal (Principio de Soave), procedimiento aún vigente; el cual de ser posible puede ser realizado transanal (descrito por De la Torre), o asistido por laparoscopía o laparotomía. 60% de los pacientes con EH presentan algún trastorno de la defecación, datos obstructivos y/ó enterocolitis después de la cirugía correctiva, lo cual obliga a continuar estudiando cuales son las variables que pueden influir en los resultados funcionales potoperatorios en niños con EH. **PROPÓSITO:** Comparar dos tipos de tratamiento (SOAVE “endorrectal” versus SWENSON “resección del recto: espesor total”) en niños con enfermedad de Hirschsprung. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudios de casos y controles, analítico, observacional, restrospectivo, longitudinal. Se incluyeron todos los pacientes con enfermedad de Hirschsprung tratados en la clínica de colon y recto de un Hospital de Tercer Nivel. El tiempo de inclusión fue de 5 años (2012-2017). Clasificamos a los pacientes en dos grupos 1) controles: los pacientes operados bajo principio de Soave “endorrectal”; y 2) casos: los pacientes operados bajo el principio de Swenson (“resección de recto de espesor total”. Las variables de desenlace fueron 1) éxito (paciente postoperado que presenta evacuación diaria, sin hospitalizaciones post-descenso), 2) enterocolitis recurrente (más de tres eventos de enterocolitis en un periodo de dos años), 3) obstrucción intestinal baja (distensión abdominal, síntomas gastrointestinales obstructivos como vómito, ausencia de evacuaciones, y estenosis mecánica evidenciada por examen físico de la anastomosis colorrectal y/o estudio contrastado. El análisis estadístico se realizó con la versión 22.0 de SPSS®, utilizamos estadística descriptiva para las variables demográficas y prueba exacta de Fisher y Chi^2 para comparar las variables categóricas. **RESULTADOS:** 56 pacientes fueron atendidos por enfermedad de Hirschsprung, 4 están pendientes de tratamiento definitivo, 3 se excluyeron por falta de seguimiento clínico (1 falleció por estado epiléptico), 1 llegó sin línea dentada y se le realizó un procedimiento de Malone (apendicostomía), dejándonos una n=48. 16 recibieron un tratamiento transanal, 18 un tratamiento en etapas (con estomas previos o protectores de la anastomosis) y 14 recibieron una cirugía de rescate (ya habían sido operados de un descenso y presentaban complicaciones obstructivas postoperatorias). 4/34 presentaron complicaciones relacionadas con la anastomosis del grupo sin estomas de protección de anastomosis colorrectal, versus 3/14 con estomas previos (E Fisher p .327). 6/18 pacientes operados con técnica endorrectal (SOAVE) se complicaron comparado 1/16 con técnica de espesor total (SWENSON), 0/14 de los pacientes que recibieron un descenso tipo Swenson se complicaron. (chi2 p .015). Las complicaciones en el grupo de pacientes post-SOAVE: n= 1 fuga de anastomosis colorrectal, n=1 estenosis del mango muscular, 2 enterolitis de repetición, 1 aganglionosis residual, 1 absceso intrabdominal; grupo post-Swenson n=1 fuga de anastomosis; y en el grupo de los pacientes con antecedente de cirugía para tratamiento previo 2 fueron segundarios a estenosis rectal posmiectomía, 2 secundarios a estenosis de la ventana del Duhamel, 1 desconocemos el tipo de descenso previo y 9 secundarios a porcedimiento SOAVE. Cuando analizamos la longitud del segmento colónico enfermo o existió diferencias entre los grupos de estudio. **DISCUSIÓN:** El descenso tipo Swenson (resección del recto “espesor total” realizado de manera abierta o transanal mostró menor número de complicaciones que el procedimiento tipo Soave, (fuga de la anastomosis, enterocolitis persistente, estenosis del maguito muscular). La derivación intestinal de protección no ha mostrado disminuir el número de las complicaciones posoperatorias (fuga de anastomosis). **CONFLICTO DE INTERÉS:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

PALABRAS CLAVE: Descenso para Enfermedad de Hirschsprung, estenosis adquirida, Swenson

ABORDAJE Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LAS DUPLICACIONES DE COLON Y RECTO. CASOS CLÍNICOS

Autor: Dra. Sandra Yasmin López Flores
Coautores: Dr. Héctor Pérez Lorenzana, Dr. Tomás Felipe Gil Villa, Dr. Gerardo Jiménez García, Dra. Tania Patricia Cruz Salinas
Ponente: Dra. Tania Patricia Cruz Salinas
Institución: UMAE Hospital General Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS, Ciudad de Méx

PRESENTACIÓN DE CASO 1: Femenino de un año de edad, con diagnóstico de malformación anorrectal con fístula rectovestibular, postoperada al tercer día de vida de colostomía en un hospital de segundo nivel, encontrando como hallazgo duplicación de colon descendente con malformación anorrectal asociada; enviada a tercer nivel para manejo quirúrgico. Durante la exploración física se observo abdomen con 4 estomas en cuadrante inferior izquierdo, orificio uretral único, orificio vaginal sin alteraciones, orificio en el vestíbulo vaginal correspondiente a fistula rectovestibular y ano localizado en el complejo muscular; se realizó protocolo de estudio con colon por enema y tomografía observando duplicación tubular de colon descendente terminando en fístula rectovestibular y ano normal. Se realizó laparotomía exploradora con anastomosis latero-lateral de la duplicación tubular distal de colon con sutura mecánica a 2 cm. de la línea pectínea, y disección de la fístula rectovestibular por abordaje perineal anterior con cierre distal de la fístula con sutura mecánica y un segundo plano con puntos Lembert, con reconstrucción perineal y remodelación del estoma disfuncional evitando un abordaje transrectal para la preservación del canal anal y disminuir el riesgo de incontinencia. En un segundo tiempo se realizó cierre de colostomía realizando anastomosis latero-lateral con sutura mecánica. Actualmente se encuentra paciente con área genital con orificio uretral, orificio vaginal independiente y vestíbulo vaginal integro, presenta evacuaciones diarias y control de esfínteres. **CASO 2:** Femenino de 1 año 2 meses de edad, quien debutó a los dos meses de edad con prolapso rectal, y oclusión intestinal ameritando laparotomía exploradora y colostomía en colon ascendente, observando durante la cirugía duplicación de colon descendente hasta la flexura esplénica, enviada a tercer nivel para protocolo de estudio confirmando diagnóstico en colon por enema y tomografía abdominal, realizando laparotomía exploradora con anastomosis latero-lateral de la duplicación tubular de colon, la cual se extendía desde del ángulo esplénico hasta 1 cm. por arriba de la reflexión peritoneal terminando la duplicación en cabo ciego, en un segundo tiempo se realizó cierre de colostomía, actualmente la paciente presenta evacuaciones diarias.

CASO 3: Masculino de 1 año de edad con antecedente de dolor abdominal, hematoquecia y dificultad a la evacuación, durante la exploración anal se observa lesión quística rectal de 6 cm. de diámetro que ocluía el 90% de la luz del recto, móvil, dependiente de la pared posterior del recto, la cual se reseca por abordaje sagital posterior encontrando lesión a 2 cm. de la línea pectínea con canal anal integro, con cierre en dos planos de la pared posterior del recto, reporte de patología de quiste pararectal, duplicación intestinal extramural, actualmente el paciente presenta evacuaciones diarias, sin complicaciones.

DISCUSIÓN: La incidencia de las duplicaciones intestinales se ha reportado 2 por cada 10,000 nacidos vivos, son más comunes en yeyuno e íleon y con menor frecuencia en colon representando del 4-18%, su asociación con malformación anorrectal es extremadamente rara. Pueden presentarse de forma quística o tubular. La presentación clínica es variable lo mas frecuente es dolor abdominal, distensión, hemorragia, prolapso y oclusión intestinal. El tratamiento quirúrgico debe de individualizarse y se basa en el tipo de la duplicación (quística o tubular), puede realizarse resección completa sobre todo en lesiones quísticas, en lesiones tubulares por la vascularidad compartida y en muchas ocasiones por la localización de la duplicación la resección es difícil por lo que una alternativa quirúrgica es el uso de sutura mecánica para la unión de los dos segmentos, permitiendo la permeabilidad del tubo digestivo, siendo esta una excelente alternativa terapéutica. No existió conflicto de intereses de los autores.

Palabras clave: Duplicación de colon, duplicación tubular

COMPLICACIONES OBSTRUCTIVAS POSTOPERATORIAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG

Autore: **Dra. Karla Alejandra Santos Jasso**
Coautores: **María Antonieta Cabrera Hernández, Dr. Francisco Antonio Medina Vega Dra. Rossy Angélica Quimbert Montes,**
Ponente: **Dra. María Antonieta Cabrera Hernández**
Institución: **Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México**

FUNDAMENTO: 60% de los pacientes con enfermedad de Hirschsprung (EH) presentan algún trastorno de la defecación y/o enterocolitis después de la resección del segmento enfermo y descenso colonico ó ileal. Los datos clínicos reportados son: 1) Incontinencia 44-88%; 2)Síntomas obstructivos 9-40% (constipación y enterocolitis recurrente). La etiología de éstas complicaciones puede clasificarse como: A) Histológicas: agangliosis residual, hipoganglionosis, anastomosis en zona de transición; y B) Anatómicas (estenosis, lesión de la línea dentada, segmento residual dilatado, obstrucción del reservorio distal, estenosis del manguito muscular, descenso torcido, acalasia del esfínter anal interno). **PROPÓSITO:** Describir la experiencia en el tratamiento de las complicaciones postoperatorias de los pacientes con EH, y proponer un algoritmo de abordaje diagnóstico y terapéutico para resolución de problemas obstructivos postoperatorios en la EH. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio clínico tipo cohorte, analítico, longitudinal, observacional y retrospectivo. Se incluyeron niños con EH que acuden a la clínica de colon y recto para tratamiento de problemas postoperatorios secundarios a un descenso ileorrectal ó colorrectal (2012-2017). Se excluyeron pacientes con descenso asintomáticos. Se eliminaron pacientes que no consintieron participación en el estudio o que no acudieron a seguimiento. Las variables de desenlace fueron longitud radiológica e histopatológica de colon enfermo en la cirugía inicial; tipo de cirugía correctiva realizada: Swenson, Soave (transanal ó abdomino-perineal), Duhamel, otros (miectomía); edad momento de la cirugía correctiva, edad al presentar síntomas obstructivos postoperatorios, tipo de complicacion, estudio paraclínico utilizado para el diagnóstico de la complicación y cirugía correctiva de la complicación, tiempo de seguimiento postoperatorio. El análisis se realizó utilizando el paquete estadístico IBM SPSS versión 22.0 y se utilizó estadística no paramétrica. **RESULTADOS:** Se dio tratamiento a 51 niños con EH en 5 años, 3 de ellos se excluyeron por falta de seguimiento, analizamos n=48, el dejar un estoma de protector de la anastomosis colo-rectal no mostró diferencia en cuanto al número de complicaciones postoperatorias p .327. N=34 tuvieron el descenso primario en nuestro hospital; de ellos n=7 tuvieron complicaciones post-descenso 20.5%; n=6 post- descenso Soave “endorectal”, y n=1 post- descenso Swenson “espesor total”; 2 fugas parciales de la anastomosis que se corrigieron con reparación de la anastomosis más estomas protectores; 1 absceso intrabdominal; y 4 con problemas obstructivos: estenosis del mango muscular (n=1), enterocolitis de repetición (n=2), aganglionosis residual (n=1); todos post- Soave (endorrectal). N=14 fueron referidos de otra institución con complicaciones obstructivas post-descenso: estenosis de la anastomosis colorrectal (n=9), estenosis mango muscular (n=1), estenosis anastomosis más fístula recto vaginal (n=1), estenosis Duhamel (n=2), estenosis anal con pérdida línea pectínea (n=2). 14 de los 18 pacientes recibieron un nuevo descenso Swenson (espesor total), uno se realizó ileostomía terminal con resección distal intestinal, 3 requirieron aplicación de toxina botulinica rectal. En todos los pacientes con obstrucción el problema fue resuelto, 2 pacientes son incontinentes fecales**. DISCUSIÓN:** La obstrucción mecánica (anatómica) posquirúrgica en EH postoperados de descenso tipo Soave o Swenson, pueden desarrollar estenosis en la anastomosis colorectal secundaria a isquemia de la anastomosis y en casos de Soave por estenosis del mango muscular rectal nativo; la enterocolitis recurrente puede deberse a obstrucción anatómica o funcional (hipertonía del esfínter rectal y aganglionosis residual). El procedimiento tipo Swenson (espesor total) resolvió todas las complicaciones anatómicas; los pacientes con enterocolitis de repetición la aplicación de toxina botulínica resolvió los síntomas obstructivos. Los estomas protectores de la anastomosis no mostraron disminución en la incidencia de complicaciones postdescenso, por tanto debería de analizarse su recomendación. Ninguno de los autores presenta **conflicto de interés. PALABRAS CLAVE:** Enfermedad de Hirschsprung, Agangliosis, enterocolitis, incontinencia fecal.

DETECCIÓN TEMPRANA DE MÉDULA ANCLADA EN MALFORMACIONES ANORRECTALES. IMPORTANCIA CLÍNICA (COHORTE)

Autor y Ponente: **Dra. Katherine Bautista Jiménez**
Coautores: **Dr. Emilio J. Fernández Portilla,**
Dr. Roberto Dávila Pérez
Institución: **Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México**

FUNDAMENTO: El 25% de los pacientes con Malformación Anorrectal (MAR) tendrán médula anclada (MA). El tenerla tiene un impacto en el pronóstico funcional. El ultrasonido de columna lumbosacra (USLS) la detecta tempranamente (antes de 3 meses). No encontramos ningún estudio en México que analice esta asociación.
PROPÓSITO: Conocer la prevalencia y características clínicas de los pacientes con MAR y MA.
MATERIAL Y MÉTODOS:
Escenario: Hospital de tercer nivel, publico, de concentración, cirujanos colorrectales y R4. **Participantes:** Inclusión: Pacientes con MAR menores de 3 meses. Exclusión: Pacientes que no contaron con USLS. **Intervención:** USCL a pacientes con MAR menores de 3 meses.
Comparación de características clínicas entre pacientes con y sin MA.
Variables: Presencia de MA en USCL (desenlace), variables cuantitativas y cuantitativas de ambos grupos. **Recolección de la Información:** Cohorte prospectiva, base de datos SPSS 18.0.
Tamaño de la muestra: Cohorte prospectiva en 2 años (44 pacientes)
Análisis Estadístico: Análisis de frecuencias de variables epidemiológicas, comparativo de variables cuantitativas (t student) y cualitativas (chi2), p significativa <0.05, RR (IC 95%) por medio del SPSS 18.0
RESULTADOS: 44 pacientes, 28 hombres (63%), la MAR más común fue con fístula perineal (22.7%) seguido de MAR tipo cloaca (18.2%), las malformaciones asociadas fueron cardiacas 50%, urológicas 40.9%, esqueléticas 29.5%, alteraciones sacras y digestivas 20.5%. El USCL detectó MA en 7 de los 44 pacientes (15.9%). Al comparar a los pacientes con y sin MA encontramos: La MA se detectó más frecuentemente en niñas (25% vs 10.7%) y en MAR vestibular (33%) y cloaca (25%) sin demostrarse diferencia estadística. En cuanto a las malformaciones asociadas, la MA se presentó con mayor frecuencia en las urológicas (22.5% vs 11.5%) y esqueléticas (23.1% vs 12.9%) sin diferencia estadística. Los pacientes con alteraciones sacras mostraron mayor frecuencia de MA (44.4% vs 8.6%) con p significativa (0.024) y RR (IC95%) de 8.5 (1.4-50). El índice sacro-coccígeo (ISC) en promedio fue menor en los pacientes con MA (0.43+-0.17 vs 0.67+-0.17) p significativa (0.002).
DISCUSIÓN: Si bien nuestro hospital es de 3er nivel y no contamos con maternidad y la mayoría de nuestros pacientes con MAR llegan tardíamente, tuvimos 44 pacientes menores de 3 meses, siendo esta la ventana ideal para la detección temprana de MA con USCL. La prevalencia de MA en nuestro estudio fue de 15.9% vs el 25% reportado en la literatura. En cuanto al tipo de MAR, llama la atención que las más frecuentes sean la perineal y las cloacas, consideramos que esto se debe a que en 5 (11%) aun no contamos con el diagnóstico definitivo. En cuanto a las malformaciones asociadas, llama la atención la alta frecuencia de las cardiacas (50%) contra 30% reportado en la literatura. La presencia de malformaciones urológicas y esqueléticas se asocia clínicamente a mayor frecuencia de MA y es evidente que el tener malformaciones sacras y un menor ISC aumenta el riesgo de presentar MA (8.5 veces más). Consideramos una limitación del estudio el tamaño de la muestra.
CONCLUSIÓN: La detección temprana de MA en pacientes con MAR debe ser rutinario ya que nos permite evidenciar pacientes con mal pronóstico funcional. La MA debe sospecharse principalmente en pacientes con alteraciones sacras e ISC bajo.
Conflicto de Interés: El estudio no recibió ningún tipo de patrocinio, y los resultados no implican alguna ventaja económica.
Palabras Clave: Médula Anclada / Malformación Anorrectal/Índice sacrococcígeo/ malformación sacra

POUCH COLÓNICO, UN RETO QUIRÚRGICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Autor y Ponente: **Dra. Karen Maraña Soto**
Coautores: **Dr. Eliseo Antonio Solano Zárate**
Institución: **Hospital de la Niñez Oaxaqueña, Oaxaca, Oax**.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Masculino originario de Huajuapan de León, Oaxaca. Producto de la segunda gesta, obtenido por parto, sin datos de asfixia perinatal con malformación anorrectal sin fístula evidente; además de presentar como malformaciones asociadas, comunicación interventricular perimembranosa de 4x4 mm, persistencia de conducto arterioso pequeña con flujo de izquierda a derecha. Sin otros hallazgos en ese momento. Se inicia abordaje y manejo dentro de las primeras 24 horas de vida.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Como hallazgos importantes en radiografía de abdomen lateral se observa una imagen quística de 7.5x4 cm que forma un nivel hidroaéreo en abdomen inferior, con una distancia de 45 mm a la foseta anal. Con índice sacrococcígeo de 0.61. A las 24 horas de vida se realizó colostomía, encontrando un pouch colónico, donde se observó duplicación apendicular, ciego y 3 cm de colón ascendente que terminan en un quiste, el cual estaba fijo a la pared izquierda del abdomen y al estómago por ligamento gastrocólico. Se realizó ileocolostomía. Se complementa abordaje con ultrasonido renal, se documentó riñón derecho con disminución de su tamaño y ectasia piélica leve bilateral. Posteriormente en la UROTAC se observó doble sistema colector izquierdo, no se evidenció fístula al pouch colónico. Con los hallazgos mencionados previamente, se integra diagnóstico de un pouch colónico tipo II de la clasificación de Narsimha Rao.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Se intentó aumentar el tamaño del pouch mediante dilatación hidrostática por un año. Se realizaron 2 colostogramas distales observando leve crecimiento del bolsón. En una reconstrucción tridimensional por tomografía computarizada se observó el pouch colónico muy cerca del uretero izquierdo, sin evidencia de fístula a vía urinaria. A los 14 meses de edad se realizó descenso mediante doble abordaje, sin embargo, no fue posible tubulizar el pouch, debido a las fijaciones que presentaba, por lo que se realizó un descenso ileal en “J”, descendiendo directamente la ileostomía. Durante el procedimiento quirúrgico presentó lesión de yeyuno secundario a despulimiento de las adherencias, realizando anastomosis termino-terminal. Iniciando alimentación a los 7 días posteriores al descenso, con buena tolerancia a la vía oral con dieta elemental. Presentó infección de sitio quirúrgico.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Actualmente se encuentra en seguimiento por la consulta externa.

DISCUSIÓN: El pouch colónico pertenece a las variantes raras ó regionales de las malformaciones anorrectales según la clasificación de Krickenbeck, éstas a su vez se dividen según la clasificación de Narsimha Rao en 4 tipos, siendo la más frecuente la tipo IV. El propósito principal del manejo quirúrgico es conseguir la continencia anal en un futuro. Algunos recomiendan realizar tubulización del pouch para tener mejor continencia a comparación de aquellos en los que se realiza descenso del ileón. Las variantes anatómicas pueden limitar el descenso, como es el caso de nuestro paciente.

CONCLUSIÓN: El pouch colónico es una entidad sumamente rara y poco reportada en nuestro país. A pesar de encontrar en la literatura técnicas quirúrgicas para su manejo, es importante recordar que cada malformación es única y puede tener múltiples variantes, limitando su manejo, como en este caso, por lo que el abordaje quirúrgico y resolución con el mayor beneficio dependerá del conocimiento y pericia del cirujano.

CONFLICTOS DE INTERÉS: no hay tales.

PALABRAS CLAVE: pouch colónico, malformación anorrectal.

MORBIMORTALIDAD QUIRÚRGICA A 30 DÍAS POSOPERATORIOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL DE PROVINCIA: ESTUDIO RETROSPECTIVO

Autor y Ponente: **Dr. Lorenzo Pozos Guzmán**
Coautor: **Dr. Juan Domingo Porras Hernández, Dr. José Rafael Valerio Vázquez**
Institución: **Hospital para el Niño Poblano, Puebla, Pue.**

FUNDAMENTO: Estudiar sistemáticamente la morbimortalidad permite mejorar la calidad de la atención quirúrgica. Se requiere de un diagnóstico contemporáneo y objetivo de los resultados quirúrgicos para identificar áreas de oportunidad y diseñar estratégicamente intervenciones para alcanzar estándares internacionales. No se cuenta con información específica ni actual sobre la magnitud de este problema en nuestro medio.

PROPÓSITO: Determinar la tasa de morbimortalidad quirúrgica a 30 días posoperatorios de un hospital pediátrico de tercer nivel de provincia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

a) Escenario: Hospial pediátrico de tercer nivel, público, de provincia, con un promedio de 4,500 cirugías mayores por año. Los cirujanos participantes son supraespecialistas pediátricos, están certificados y tienen al menos 5 años de experiencia. Los residentes que participaron como cirujanos fueron de último año, bajo la supervisión de un cirujano adscrito.

b) Participantes: Pacientes consecutivos de edad neonatal hasta 17 años con 11 meses intervenidos entre el 1 de agosto del 2015 y el 31 de julio del 2016 en quirófano central de nuestro hospital, de una cirugía mayor y con seguimiento posoperatorio de al menos 30 días. Se excluyeron los pacientes con cirugía con bomba de circulación extracorpórea. Se eliminaron aquellos con expedientes clínicos incompletos.

c) Intervención: Evaluación retrospectiva de expedientes clínicos.

d) Variables: Independientes: edad, somato-metría, comorbilidad, paraclínicos preopera-torios, tipo de cirugía, calificación de ASA, duración de cirugía, sangrado transoperatorio. Las variables de desenlace fueron morbilidad y mortalidad quirúrgica, definidas como la presencia de complicación o defunción respectivamente, dentro de los primeros 30 días posoperatorios.

e) Recolección de la información: Retrospectiva con revisión de expedientes clíncos.

f) Evaluación de las variables sin sesgo: Sin cegamiento. Un solo investigador evaluador.

d) Tamaño de la muestra: Para una investigación descriptiva con población fínita, con un nivel de confianza del 95%, una precisión de 0.05, variabilidad de mortalidad del 10%, de morbilidad del 30% y una población de 4750 cirugías, se obtuvo un de tamaño de muestra de 301 pacientes.

e) Análisis estadístico: Descriptivo con frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. Analítico univariado para morbilidad y multivariado para mortalidad. Significancia estadística de 0.05.

RESULTADOS: La mortalidad quirúrgica cruda en el periodo estudiado fue de 4.1%, con morbilidad cruda del 15.3%. La frecuencia de reingreso hospitalario a 30 días postoperatorios fue de 8.8% y de reintervención quirúrgica del 19.4%. Sepsis, falla renal, coagulopatía y ventilación mecánica prequirúrgica fueron los factores de riesgo para mortalidad operatoria.

DISCUSIÓN: La mortalidad encontrada está 4 puntos porcentuales y la morbilidad a 7 puntos porcentuales de los mejores estándares internacionales. Sería ideal un seguimiento prospectivo de cada paciente intervenido, con evaluadores independientes y un proceso de vigilancia auditado externamente.

CONCLUSIÓN: En nuestro hospital y en el período estudiado, la mortalidad quirúrgica a 30 días postoperatorios fue del 4.1% y la morbilidad del 15.3%.

CONFLICTO DE INTERÉS: No existe ningún conflicto de interes.

PALABRAS CLAVE: Calidad, morbilidad, mortalidad, cirugía.

SERIE DE CASOS SOBRE EL DIBUJO Y LA EXPERIENCIA EN HERNIOTOMIA INGUINAL PEDIÁTRICA

Autor y Ponente: **Dr. Rolando Cervantes Bernal**
Institución: **Hospital María Auxiliadora, Lima Perú**

INTRODUCCIÓN: La Hernia inguinal en niños es la patología más frecuente en el desarrollo profesional de un Cirujano Pediatra. El autor reconocía problemas en su propuesta quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una revisión bibliográfica de la Anatomía del canal inguinal pediátrico en hernia inguinal indirecta, las diversas técnicas quirúrgicas abiertas y se desarrollan dibujos tipo esquema. Se registran 779 cirugías de hernia inguinal indirecta realizadas con técnicas abiertas a lo largo de 13 años en un hospital y por el mismo grupo quirúrgico. El autor observó su desarrollo personal en las operaciones y en las complicaciones que se presentaban usando los dibujos.

RESULTADOS: Se dibujaron en esquemas el desarrollo del canal inguinal, las referencias anatómicas dirigidas a la hernia inguinal indirecta, las técnicas de Potts, Sthepens Mc Kay, Duhamel, Potts-Goldstein, Michel Banks, los abordajes por el pliegue crural en niñas y el borde escrotal en niños fueron lilustrados paso a paso. Asimismo situaciones como el desgarro el saco herniario, hernia estrangulada fueron esquematizadas en dibujos y también como fueron resueltas.

DISCUSIÓN: Los esquemas de dibujo permitieron al Cirujano reconocer los principales errores que cometía en las operaciones. Estableció las alteraciones que la patología produce en la anatomía normal del canal inguinal, las variantes que cada técnica resolutiva registrada posee así como plantear las indicaciones para cada técnica y conocer las complicaciones, como se resolvieron, dibujarlas y repetir este procedimiento una y otra vez pues los movimientos quirúrgicos eran realizados por el mismo grupo de Cirujanos que entró a las Cirugías. El mayor conocimiento mejoró su performance operatoria y se ganó mayor confianza ante el resto del equipo quirúrgico. El registro de los esquemas y los datos escritos acompañantes pueden servir a otros Cirujanos que están en formación o se encuentran en sus primeros años de desarrollo profesional como consulta o referencia. Un objetivo final puede ser el incentivar al desarrollo del registro de la propia experiencia que cada Médico Cirujano va adquiriendo, sobre todo evolucionando, para la resolución de una patología en sí y no solo valerse de la memoria o video. El desarrollo de esquemas de dibujo facilitaría la enseñanza de la especialidad en Universidades y el traspaso de conocimientos a nuevas generaciones.

EMPLEO DE DRENAJES EN ESPIRAL FLEXIBLES DE PEQUEÑO CALIBRE EN CIRUGIA CARDIOTORACICA PEDIATRICA. EXPERIENCIA EN 345 PACIENTES CONSECUTIVOS.

Autor y Ponente: **Dr. Miguel Angel Medina Andrade**
Coautores: **Dr. Jaime Gilberto López Taylor, Dr. Moisés González Cárcamo, Dr. Italo Domenico Masini Aguilera**
Institución: **Antiguo Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, Jal.**

FUNDAMENTO: Los sistemas de drenajes empleados en cirugía cardiotorácica son susceptibles de disfunción por múltiples causas generando complicaciones asociadas. Los drenajes torácicos en pediatría son descritos en terapéuticas varias donde precisamos eva-cuar el fluido torácico del tórax. Algunos dispositivos generan dolor, derivando en evolución tórpida o complicaciones.

PROPÓSITO: Mostrar la experiencia en el desempeño y funcionamiento de los drenajes torácicos flexibles en espiral de calibre pequeño en cirugía cardiotorácica pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Pacientes de ambos sexos en edad pediátrica con edad máxima 15 años sometidos a cirugía cardiaca paliativa, correctiva o torácica a los que se colocó drenaje torácico flexible en espiral tipo canalado; tres grupos de acuerdo al peso: grupo 1 peso menor a 10.0 kg; posicionando drenaje 12 Fr, al grupo dos; 10.01 a 20.0 kg les colocó drenaje 19 Fr. Grupo tres mayor de 20.01 kg de peso, drenaje 24 Fr. Abordaje para cirugía correctiva: esternotomía media anterior con drenaje mediastinal subxifoideo. El abordaje torácico sobre el quinto espacio intercostal contrabertura.

RESULTADOS. Los 345 pacientes con drenaje torácico, 188 corresponden: sexo femenino (54.6%). Edad 1 día de vida a 168 meses; peso 0.7 kg y 60kg. Los pacientes sometidos a cirugía cardiaca con CEC 135 casos. Mortalidad 15% sin asociarse al drenaje; sexo masculino 28 casos (52.8%) del total. No se registró en ningún caso mal funcionamiento de este tipo de drenaje.

DISCUSIÓN. La utilidad de este tipo de drenajes en cirugía cardiotorácica es óptima ya que además de presentar mínimas complicaciones resulta en una evolución con mínimo dolor sin registrar disfunción en ningún caso.

CONCLUSIÓN. La implementación de los drenajes en espiral de pequeño calibre resulta útil para el drenaje de cavidad torácica en post operados observando que aun con los calibres menores no se ve afectado el gasto ni la función de los mismos.

CONFLICTO DE INTERESES: Sin conflicto de intereses.
PALABRAS CLAVE: drenaje torácico, cardiopatía, cirugía pediátrica.

TERATOMA MADURO DE TIROIDES, COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA CERVICAL. REPORTE DE CASO CLÍNICO

.

Autor y Ponente: **Dr. Dr. Manuel Roberto Yanqui Saltos**
Coautores: **Dr. Dr. Julio Federico Reyna Marzano, Dr. Alejandro J. Embriz Sánchez**
Dra. Sol María de la Mora Fernández
Institución: **Hospital General Ignacio Zaragoza ISSSTE, Ciudad de México**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Femenina de 4 años de edad, originaria de Chiapas, antecedentes familiares abuela paterna con diagnóstico de cáncer de colon y bocio. Madre refiere aumento de volumen a nivel cervical desde el año de edad, con mayor crecimiento en este año 2017, sin otra sintomatología. EF: aumento de volumen cervical anterior, asimétrico, masa de consistencia blanda, borde regular, fija a planos profunda, no dolorosa.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: US Tiroides: lóbulo izquierdo ocupado por estructura con cápsula propia, heterogéneo, zonas ecogénicas y anecoicas, vascularidad nula, una segunda imagen semioval con cápsula propia de 21.9x14.4 mm heterogenea, septos ecogénicos, reforzamiento posterior. Aspirado de aguja fina: muestra insuficiente. US cuello: lóbulo izquierdo situación habitual, dimensiones de 33x19x36mm, parénquima heterogéneo a expensas de múltiples imágenes ovaladas hipoecogénicas, ausencia de vascularidad. Gammagrama tiroideo: dos zonas ovoideas de hipocaptación que sustituye al istmo y lóbulo tiroideo izquierdo. Perfil Tiroideo dentro de normalidad.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Hemitiroidectomía izquierda 23.11.17 observando el compromiso del lóbulo izquierdo y el istmo, con borde regular, liso, consistencia gomosa, medida de 4cmx4cm**.**

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: La estancia hospitalaria fue de 48 horas, evolución clínica favorable sin evidencia de secuelas, control al mes con evolución satisfactoria, reporte patología del 23.11.17 espécimen de 4.5x4x4cm, superficie de color vino, aspecto carnoso, área nodular bien delimitada, no encapsulada, de aspecto solido quístico consistencia firme: Teratoma maduro de tiroides. Control a los 5 meses postquirúrgicos con evolución favorable, perfil tiroideo reportado normal.

DISCUSIÓN: Se define al teratoma de tiroides a la lesión o masa presente dentro o adyacente a la glándula tiroides, mostrando histológicamente tejidos maduros o inmaduros de las tres líneas celulares. Los tumores de cabeza y cuello representan el 5% de todos los tumores de células germinales benignas y malignos; y el 6% para los teratomas, sitios más comunes de participación son los tejidos blandos del cuello, tiroides, estructuras faciales superficiales, cavidad oral, nasofaringe y orbita. La presencia de teratomas de tiroides en la infancia es realmente excepcional (menos de 100 casos). No existe reporte a nivel de la república mexicana, solo hay un reporte en Latinoamérica.

CONCLUSIÓN: Los teratomas tiroideos son una patología infrecuente en la población pediátrica, con escasa reporte de casos en Latinoamérica, la cual debe diferenciarse de múltiples patologías comunes como linfangioma quístico, quiste tiroglosos, quiste branquial , y otras patologías malignas como el sarcoma Ewing extra óseo, tumor neuroectodérmico, linfoma. **Conflicto de Interés:** ninguno.

PALABRAS CLAVE: teratoma cervical, tumor tiroides, teratoma tiroides

TUMORES DE MAMA EN NIÑAS.

Autor y Ponente: **Dr. Rubén Álvarez Solis**
Coautores: **Dra. Marcela del Pilar Vargas Vallejo, Dr. Octavio Rodríguez Wyler, Dr. David Bulnes Mendizabal**
Institución: **H R de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón, Villahermosa, Tab.**

INTRODUCCIÓN: La tumoración de glándula mamaria en niñas es rara. La mayoría de tumores mamarios en adolescentes son benignos. Nosotros presentamos una revisión de tumores de mama en niñas del Hospital del Niño: “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” de Villahermosa, Tabasco.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se revisaron los expedientes clínicos, cirugías y registro de patología en los últimos 28 años (1989-2017) de nuestro hospital donde se estudiaron 82 casos clínicos de niñas con diagnóstico de tumor de mama que fueron sometidas a resección quirúrgica. Se analizaron las siguientes variables: Edad al diagnóstico, lado afectado, tiempo de evolución, signos y síntomas asociados a la masa, exámenes de laboratorio y de gabinete, incisión y abordaje y diagnostico etiológico por el reporte de histopatología.

RESULTADOS: Se analizaron 82 casos clínicos de tumores de mama, de las cuales en 8 tenían afección bilateral. El promedio de edad fue de 13 años con rango de 6 meses a 16 años. 43 (51%) afectaron mama izquierda, 29 la derecha y 10 en forma bilateral. La principal manifestación clínica fue masa mamaria. El tamaño fue variable desde 2 a 15 cm, con un promedio de 6.3 cm. El 95% fue de etiología benigna destacando 48 fibroadenomas mamario (58%) Encontramos dos casos de tumoración maligna. Un tumor Filoide maligno y una paciente por metástasis de Leucemia Megacariocitica M7.

CONCLUSIÓN: Se concluye que los tumores de glándulas mamarias en niñas mas frecuentes fueron fibroadenomas y son benignos. Es importante tomar biopsia y resección de tumores de mamas ante la posibilidad de una patología maligna.

Palabras claves: fibroadenomas, tumores de mama, niñas, cáncer mama en niñas.

.

.

LESIÓN DEL COLÉDOCO EN PEDIATRÍA

Autor y Ponente: **Dr. Luis Enrique Ninamango Díaz**
Coautores: **Dr. Ernesto Fernández, Dr. Ruben Candia Fernado**
Dra. Belen Figueredo
Institución: **Hospital Juan Pablo II, Corrientes, Argentina**

INFORMACION DEL PACIENTE: Paciente femenino de 13 años con antecedentes de dolor abdominal tipo cólicos a repetición, localizado en hipocondrio derecho, y antecedentes de intolerancia a colecistoquinéticos, agregándose episodios de vómitos.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Ecografía Hepatobiliopancreatica, litiasis múltiple sin signos de colecistitis. Sin dilatación de la vía biliar. Hepatograma valores normales.

INTERVENCION TERAPÉUTICA: Se constata en la intraoperatoria colecistitis. Se realiza colecistectomía video laparoscópica. Se produce lesión de colédoco. Se convierte cirugía. Anastomosis termino terminal de colédoco sobre tubo de Kehr. Colangiografía intraoperatoria. Manejo del Kehr por 21 días. Control radioscópico y retiro del Kehr

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Se realizó anastomosis término terminal del colédoco sobre tubo de Kehr, manejando periódicamente a distintos niveles hasta que vaya disminuyendo el débito, luego cierre, posteriormente control radioscópico por el Kehr, luego a los 21 días se retira. A la semana ecografía y laboratorio de control.

DISCUSIÓN: Si bien la lesión de la vía biliar y del colédoco pasa inadvertida, es una complicación poco frecuente en pediatría durante la cirugía video laparoscópica de la vesícula, el diagnóstico pronto y la resolución inmediata va depender del tipo, grado de lesión que presenta y el cirujano interviniente para resolver.

CONCLUSIÓN: La lesión de la vía biliar, el diagnóstico temprano, y la resolución inmediata con equipo quirúrgico entrenado en factible**,** lo cual evitaría múltiples cirugías y disminuiría la morbilidad.

CONFLICTO DE INTERÉS: No tenemos conflicto de interés

PALABRAS CLAVES: Colecistitis. Colecistectomía. Lesión de colédoco. Anastomosis colédoco. Tubo de kehr.

PERFORACIÓN ESPONTÁNEA DE QUISTE DE COLÉDOCO. RESECCIÓN Y HEPATODUODENO ANASTOMOSIS LAPAROSCÓPICA EN UN TIEMPO QUIRÚRGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autor: **Dr. Pedro Salvador Jiménez Urueta**
Coautores: **Dr. Manuel Roberto Yanqui Saltos, Dra. Lina María Pardo Orozco**
Dr. Enrique Iztaccihuatl Hernández Sánchez
Ponente: **Dr. Enrique Iztaccihuatl Hernández Sánchez**
Institución: **Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE; Ciudad de México**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Masculino de 4 años de edad, originario de Michoacán, sin antecedentes de importancia, es ingresado a medio particular por dolor abdominal, operado de invaginación, apendicectomía, catalogado también como pancreatitis. Sometido a laparotomía exploradora por invaginación vs apendicitis, con posterior mala evolución, persistencia de dolor, acompañado de vómito, dolor y distensión abdominal, es enviado a esta unidad por reporte de ultrasonido de dilatación de la vía biliar, colestasis y dilatación de colédoco; exploración presencia de ascitis.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Biometría hemática, pruebas de función hepática, lipasa y amilasa normales. Ultrasonido con dilatación fusiforme de colédoco de 11 mm. Colangioresonancia dilatación fusiforme del colédoco. Con diagnóstico de quiste de colédoco y ascitis de formación aguda se somete a cirugía laparoscópica.

TERAPÉUTICA: sometido a cirugía laparoscópica encontrando líquido biliar libre de 800 ml. Se observa perforación de quiste de colédoco en porción lateral superior, cerca de la unión con el cístico. Se realiza disección y resección del quiste, finalmente hepatoduodeno anastomosis. Se dejan drenajes.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Evolución posquirúrgica adecuada con drenaje inicial alto, después del tercer día disminuyó hasta ser nulo se egresa a los 7 días. La evolución a tres años de seguimiento es adecuada, sin complicaciones por cirugía.

DISCUSIÓN: La perforación espontánea del quiste de colédoco (PEQ) se puede presentar hasta en 1 a 2% de casos de quiste de colédoco. Es más frecuente que la perforación de la vía biliar ya que ésta se presenta en 1 a 1000000, Dijkstra describió el primer caso en 1936. Se presenta con un cuadro abdominal agudo y ascitis biliar de formación aguda. El tratamiento es quirúrgico y se puede realizar en dos tiempos. La PEQ de la vía biliar se ha manejado por laparoscopía y abierta. Diao y cols[6] en sus 133 casos los resolvieron en un tiempo mediante laparoscopía, hepatoyeyuno anastomosis y Y de Roux. En México no encontramos casos que se hayan resuelto en un tiempo mediante hepatoduodeno anastomosis, las dos únicas referencias encontradas son de Hernández y col. en su caso manejado con forma abierta con sonda en T para drenaje y en un segundo tiempo la resección del quiste con hepatoduodeno anastomosis; y Baeza en su caso de perforación de la vía biliar manejado con drenajes**.**

CONCLUSIONES: De acuerdo a la evidencia obtenida hasta el momento la evolución del manejo en un tiempo y de forma diferida con drenajes en forma inicial, no revelan diferencias en la evolución de los pacientes· La resección del quiste con hepatoduodeno anastomosis en un tiempo es segura. Consideramos que es el primer caso a nivel nacional y caso índice internacional. Se puede considerar como una alternativa para la solución de esta entidad**.**

Conflicto de interés: ninguno

Palabras clave: Perforación colédoco, Quiste colédoco,

MANEJO DE TESTÍCULO NO DESCENDIDO POR VÍA LAPAROSCÓPICA SEGUIMIENTO DE UN GRUPO DE PACIENTES

Autor y Ponente: **Dr. Arid Alejandro Díaz de León Rivera**
Coautores: **Dr. Victor Hugo Portugal Moreno, Dr. Oliver Antelmo Toledo Sánchez, Dra. Edith Díaz Velasco**
Institución: **Hospital Pediátrico Moctezuma SS, Ciudad de México**

FUNDAMENTO: La criptorquidia o testículos no descendidos es una patología frecuente encontrada en pacientes pediátricos con una frecuencia reportada de 2-8%. Consecuentemente la orquidopexia representa uno de los más comunes procedimientos realizados por el cirujano pediatra. La criptorquidia ha sido asociada principalmente con riesgo de cáncer testicular e infertilidad. El principal objetivo de la orquidopexia es dejar los testículos en las bolsas escrotales para prevenir infertilidad, evitar torsión testicular y tener accesabilidad para detección temprana de cáncer testicular. Numerosas técnicas quirúrgicas han sido descritas. El rol de la laparoscopia en el manejo del testículo no descendido fue descrito por Cortesi en 1976 y ha sido actualmente aceptada como el gold standard. Bien sabemos que el principal problema para la orquidopexia son los vasos testiculares cortos, mismos que disecados de manera videoasistida se logra mejor elongación para una pexia exitosa, por lo cual el manejo abierto ha sido desplazado por la vía laparoscópica, ya que ofrece mejores resultados.

PROPÓSITO: ¿El manejo vía laparoscópica es la mejor opción que se ofrece a pacientes pediátricos con testículo no descendido?

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un reporte del seguimiento de 42 pacientes posoperados de orquidopexia vía laparoscópica entre junio 2014 y noviembre 2017.

RESULTADOS: El promedio de edad fue de 2.1 años, se presenta criptorquidia derecha en 43% de los pacientes, izquierda 34% y bilateral 23%. Clínicamente 35% de pacientes presentan testículo criptorquidico en tercio interno de canal inguinal, 33% en tercio medio, 18% en tercio externo y 14% intrabdominal. Se encontraron alteraciones en cuanto a tamaño de testículos criptorquidicos en 10 pacientes (23.8%) mismas que constaron en asimetría con respecto al testículo sano. Todos los pacientes fueron operados de manera ambulatoria, con mínimo dolor postquirúrgico. El seguimiento ultrasonográfico postquirúrgico reporta 1 (2.3%) paciente con testículo derecho hipotrófico siendo necesario orquiectomía. El resto de pacientes con testículos simétricos y en bolsas escrotales; sin datos de hipotrofia. Todos los pacientes son vigilados en consulta externa, con consultas periódicas cada 3 meses.

DISCUSIÓN: De acuerdo a la literatura todo paciente que presenta criptorquidia debe ser operado a más tardar al año de edad, sin embargo, a nuestra unidad la mayoría de pacientes llegan referidos hasta después de dicha edad, dando prioridad a operarles en breve para prevenir las temidas complicaciones. Múltiples estudios recomiendan actualmente el abordaje videoasistido como el método ideal para la orquidopexia, el cual de forma constante reproducimos en nuestra unidad hospitalaria.

CONCLUSIÓN: el manejo laparoscópico es una gran y segura opción para pacientes con testículo no descendido, independientemente de su posición en el canal inguinal. Además de que el paciente se beneficia de la mínima invasión con malestar mínimo.

CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflictos de interés **PALABRAS CLAVE:** undescended testis, cryptorchidism, orchidopexy, laparoscopy

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA ASOCIACIÓN Y CONCORDANCIA CLÍNICA E IMAGENOLÓGICA CON LOS HALLAZGOS TRANSQUIRÚRGICOS ENCONTRADOS EN PACIENTES CON ESCROTO AGUDO INTERVENIDOS POR EL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Autor: **Dr. Victor Martínez Bucio**
Coautores: **Dr. Guillermo González Romero, Dr. Alfonso Carmona Moya**
Dr. Alberto Delgado Porras, Dr. Guillermo Jacobo Serrano Meneses
Ponente: Dr. Guillermo Jacobo Serrano Meneses
Institución: **Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, Ciudad de México**

FUNDAMENTO: La investigación se realizó con el fin de establecer una comparación entre los datos clínicos del paciente, los hallazgos encontrados en el USG escrotal en el pre- quirúrgico y los hallazgos encontrados en el transquirúrgico, para con ello, de acuerdo al índice de efectividad de los estudios de imagen en nuestro hospital, justificar o no la realización de estos un paciente con diagnóstico de escroto agudo.

PROPÓSITO: ¿Está justificado el solicitar USG escrotal ante un paciente son diagnóstico de escroto agudo en nuestro hospital?

MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio de realizó en un hospital público de segundo nivel de la Ciudad de México. En el estudio participaron Cirujanos Pediatras de más de 35 años de experiencia y residentes de cirugía pediátrica. Los criterios de inclusión del estudio fueron; todo paciente pediátrico intervenido quirúrgicamente por el servicio de cirugía pediátrica con diagnóstico de escroto agudo en el periodo 2014-2017. Los criterios de exclusión fueron; pacientes con diagnóstico de escroto agudo que no hayan sido intervenidos por el servicio de cirugía pediátrica de nuestro hospital. **Intervención, variables y recolección de datos:** Se realizó un estudio ambispectivo, transversal, observacional y descriptivo. Se utilizó el expediente clínico completo, el reporte del USG escrotal doppler previo al evento quirúrgico y el reporte de los hallazgos transquirúrgicos. Todo paciente pediátrico con diagnóstico de escroto agudo, intervenidos por el servicio de Cirugía Pediátrica de nuestro hospital en un periodo de tiempo comprendido entre 2014- 2017. Se llenó la cédula de recolección de datos, la cual incluyó la etiología del escroto agudo, signos y síntomas encontrados a su llegada a urgencias pediatría, el tiempo de evolución a su llegada y el tiempo en el que se realizó el procedimiento quirúrgico, se revisaron los estudios de imagen previamente solicitados (USG doppler) y se buscó la concordancia con los hallazgos transquirúrgicos encontrados durante la cirugía.**Tamaño de la muestra:** Se estudiaron 40 casos con diagnóstico de escroto agudo intervenidos quirúrgicamente en el periodo comprendido.

ANALISIS ESTADÍSTICO: Dentro de los resultados se estudiaron 40 casos de los cuales 19 pacientes (47%) se atribuyó a torsión de apéndice testicular, 15 pacientes a torsión testicular (38%) y solo 6 pacientes (15%) con orquiepididimitis. Se realizó USG Doppler en 29 pacientes (72%) con escroto agudo. De los 29 pacientes en los que se realizaron USG doppler en el pre-quirúrgico en solo 10 pacientes (34%) se encontró concordancia con el hallazgo pre-quirúrgico y transquirúrgico, en 19 pacientes (66%) no hubo concordancia.

DISCUSIÓN: Según las guías actuales de práctica clínica, el ultrasonido Doppler muestra 94% sensibilidad, 96% especificidad, 95.5% de precisión, 89.4% de valor predictivo positivo y 98% de valor predictivo negativo, considerando que es el estudio estándar de oro para la evaluación del escroto agudo, sin embargo es completamente dependiente de quien lo realiza.

CONCLUSIÓN: Nuestro estudio demostró que el abordaje del paciente con escroto agudo debe ir dirigido a la clínica ya que en nuestro hospital el porcentaje de concordancia entre los hallazgos pre-quirurgicos en el Ultrasonido Doppler y los hallazgos transquirurgicos ha sido bajo (34%). Es importante verificar si hay o no reflejo cremasteriano, buscar punto azul en escroto y signo de Prehn para poder orientarnos a las tres patologías más frecuentes de escroto agudo en los niños. **CONFLICTO DE INTERESES:** Los autores de la presentación de este trabajo no tienen conflicto de intereses. **PALABRAS CLAVE:** Escroto agudo; Ultrasonido scrotal.

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL CON DERIVACIÓN ESPLENORRENAL DISTAL

Autor: Dr. Claudio Hugo López Clemente
Coautores: Dr. Roberto Carlos Ortiz Galván, Dr. Arturo Arias Ambrosio, Dra. Sara Inés Rendón Meza
Ponente: Dr. Dra. Sara Inés Rendón Meza
Institución: Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional SXXI, IMSS, Ciudad de México

FUNDAMENTO: El manejo médico y endoscópico de los pacientes pediátricos con hipertensión portal es en muchas ocasiones ineficiente, impactando en la calidad de su atención por el elevado índice de reingresos secundario a sangrado de tubo digestivo alto. La derivación esplenorrenal distal es la técnica quirúrgica que ofrece mejores resultados para disminuir esta complicación, siendo una opción viable de tratamiento en nuestra unidad, por lo que es importante conocer la evolución de los pacientes y tener datos objetivos que nos lleven a bridar una mejor atención.

PROPÓSITO: ¿Cuál será la evolución clínica, a través de la evidencia de hemorragia gastrointestinal (HGI) y la clasificación Child pugh en pacientes de 1 a 16 años de edad con hipertensión portal operados de derivación esplenorrenal distal (DERD)?

OBJETIVO: Describir la evolución clínica, a través de la evidencia de HGI y la clasificación Child pugh, en los pacientes con hipertensión portal de 1 a 16 años de edad, operados de derivación esplenorrenal distal.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio descriptivo, retrolectivo y longitudinal. Se desarrolló en un Hospital de carácter público de tercer nivel de atención localizado en la Ciudad de México. Los cirujanos que participaron en el estudio tienen entre 10 y 17 años de experiencia quirúrgica. **Participantes:** Pacientes de 1 a 16 años de edad de ambos sexos con diagnóstico de base de hipertensión portal y operados de derivación esplenorrenal distal. **Variables:** Variable independiente: derivación esplenorrenal distal;; variables dependientes: variables demográficas, etiología de la hipertensión portal, indicaciones quirúrgicas, eventos de hemorragia gastrointestinal, función hepática evaluada por la clasificación de Child-Pugh y complicaciones quirúrgicas mediatas y tardías. El tipo de muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos en el periodo de estudio. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante medidas de tendencia central y de dispersión, de acuerdo con la escala de medición de las variables y la distribución de las mismas. Para las variables de respuesta se realizó un análisis de varianza de medidas repetidas.

RESULTADOS: en un lapso de 4 años se realizaron 11 procedimientos, la mediana de edad fue de 5 años y de peso 17 kg, predominio masculino 1.7:1, la etiología fue la degeneración cavernomatosa de la porta en 72.7% y trombosis de la porta en un 27.3%, las indicaciones de cirugía fueron HGI 63%, hiperesplenismo 18% y HGI con hiperesplenismo 18%, no se documentaron complicaciones quirúrgicas, los eventos de HGI previos a la DERD fueron en promedio 3 y posterior a esta solo se registró un evento en un caso; la función hepática prequirúrgica se encontró en grado A y B en todos los casos y posterior a la DERD se encontraron en grado A. En 7 pacientes se corroboró permeabilidad de la DERD por TAC.

DISCUSIÓN: El estudio está limitado por el tiempo y número de pacientes, sin embargo tuvieron un seguimiento completo donde solo un paciente presentó un evento de resangrado y toda la población presentó mejoría en la función hepática en la clasificación Child pugh

CONCLUSIONES: La DERD se considera un procedimiento favorable, que contribuye a la disminución de los episodios de HGI y a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. No existieron conflictos de intereses en el presente estudio. **Palabras claves:** portal hypertension, gastrointestinal hemorrhage.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PARA DISCINESIA BILIAR EN NIÑOS. ENTIDAD POCO REPORTADADA EN MÉXICO

Autor: **Dr. Pedro Salvador Jiménez Urueta**
Coautores: **Dr. Luis Emmanuel Ruiz Pérez, Dr. Javier Sánchez Nava, Dra. María del Refugio Sánchez**
Ponente: **Dr. Luis Emmanuel Ruiz Pérez**
Institución: **Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE; Ciudad de México.**

INTRODUCCIÓN: La discinesia vesicular es una entidad poco frecuente reportada en la literatura mexicana, el diagnóstico puede estar subvalorado ya que los pacientes ingresan a urgencias por dolor abdominal o tienen historia de dolor abdominal recurrente (Roma IV). En México solo existen artículos referentes a la presencia de colecistitis crónica con o sin litiasis y no hay referencia en forma específica a esta entidad. Existen estudios internacionales dando importancia cada vez mayor a esta entidad y la necesidad de cirugía.

FUNDAMENTO: El objetivo es presentar el comportamiento clínico y el protocolo diagnóstico.

PROPÓSITO: Presentar el primer estudio en México de discinesia.

MATERIAL Y MÉTODO: El estudio prospectivo de serie consecutivos de casos desde enero 2011 a enero 2018 en tres hospitales de la ciudad de México. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de dolor abdominal crónico recurrente según criterios de Roma IV y diagnostico final de discinesia. Dentro de los criterios (Roma IV) se consideró al abdominal con incremento paulatino, dolor moderado a severo que interrumpe las actividades diarias o que requiere evaluación en el servicio de urgencia, dolor abdominal que no cede a la administración de medicamentos y exclusión de otras enfermedades estructurales en la vesícula biliar. Con prueba de Boyden por ultrasonido y/o gammagrafía positiva para disfunción vesicular, con vaciamiento menor del 35%. Se revisó la presentación clínica, estudios de biometría hemática, amilasa, lipasa, enzimas hepáticas ultrasonido, gammagrafía. Hallazgos transoperatorios y patología. Seguimiento y estado actual. Se realiza análisis descriptivo.

RESULTADOS: Estudio prospectivo de 15 casos consecutivos cl. Cinco con sexo masculino y diez con sexo femenino, edad mínima 6 años y máxima de 17 años con media de 15 años. Todos presentaban dolor abdominal crónico, recurrente, sin etiología ni alteraciones estructurales aparente, cumpliendo 3 o más de los criterios de ROMA III y IV para la discinesia vesicular. Prueba de Boyden por ultrasonido positiva con 10 pacientes que presentaban vaciamiento menor del 10%. Gammagrafía solo se les realiza a 12 pacientes reportándose con una fracción de expulsión mínima de 1 % y máxima de 25 %, media 10% (Prueba de Boyden). Todos a todos los pacientes se les realizó colecistectomía laparoscópica, el estudio de patología no reportó alteraciones estructurales, un paciente reportó engrosamiento del cuello de la vesícula. y 7 colecistitis leve Actualmente el seguimiento, solo dos pacientes refieren dolor abdominal leve no asociado a enfermedad de la vía biliar. Sin dolor 13 todos con seguimientos de 5 meses a 6 años sin dolor

DISCUSIÓN: El dolor crónico recurrente asociado a alimentos, con ultrasonido biliar normal. con historia de internamientos debe hacer sospechar discinecia y corroborar con prueba de Boyden. La prueba de Boyden es útil para el diagnóstico en niños, sin embargo se deben continuar estudios para definir las diferencias de esta prueba del adulto con los niños.

CONCLUSIÓN: La prueba de Boyen es útil para el estudio de discinesia en niños. El diagnóstico debe ser sospechado con mayor frecuencia. en pacientes con dolor abdominal recurrente y ultrasonido negativo de la vía biliar. La prueba de Boyden debe estandarizarse en niños. Se requieren estudios controlados que comparen tratamiento médico y quirúrgico. **Palabras clave**: **Discinesia vesicular, dolor abdominal recurrente**

No existe conflicto de interés.

ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS, SEGUIMIENTO A 5 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autor: **Dr. José Edilberto Suárez Nadal**
Coautores: **Dra. María Aracely Torrero Serrato, Dra. Gabriela Almazán Bonora, Dr. Gustavo Polo Medina**
Ponente: **Dra. María Aracely Torrero Serrato**
Institución: **UMAE 48 Hospital de Ginecopediatría, IMSS, León, Gto.**

INTRODUCCIÓN: La esplenectomía laparoscópica es el tratamiento de elección para pacientes con enfermedades hematologicas. Proporciona una excelente exposición del campo quirúrgico, menor de pérdida de sangre, dolor postoperatorio, íleo postoperatorio y hospitalización más corta.

OBJETIVO: Presentar los resultados obtenidos en pacientes pediátricos sometidos a esplenectomía laparoscópica, secundario a patologías hematológicas, en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, se recogió información de los expedientes de los pacientes a quienes se les realizó esplenectomía laparoscópica, en un hospital de tercer nivel en el periodo comprendido del 2013 al 2017.

RESULTADOS: Predominó sexo masculino 58.8%. El promedio de peso y edad fueron 29kg y 7 años. Se realizaron 18 esplenectomías laparoscópicas, con diagnóstico más común de purpura trombocitopenica idiopática en 70%. El tiempo quirúrgico promedio fue 105 min, de sangrado transquirúrgico fue 242ml, ameritando en 11 pacientes transfusión plaquetaria y transfusión eritrocitaria en 5 pacientes. Un Paciente presento sangrado persistente en remanente esplénico, con necesidad de conversión y manejo en unidad de cuidados intensivos pediátricos. Un paciente presentó íleo posquirúrgico. El promedio de estancia intrahospitalaria fue de 4 días. Actualmente 7 pacientes están en remisión total de la enfermedad y 10 en vigilancia.

DISCUSIÓN: La esplenectomía laparoscópica es un procedimiento segur y reproductible, que amerita destrezas avanzadas en el manejo laparoscópico, ha demostrado aplicabilidad en el paciente pediátrico con patología hematológica, ofreciéndoles sus ventajas en comparación a cirugía abierta. En nuestro estudio se pudieron ver que los resultados y beneficios son equiparables con la literatura. Además la depuración del procedimiento técnico a disminuido el tiempo quirúrgico, la presencia de sangrado y el restablecimiento del paciente a sus actividades normales.

CONCLUSIONES: En los pacientes pediátricos con patología hematológica en los que esta indicada la esplenectomía consideramos que por vía laparoscópica se puede realizar de una forma segura y reproducible.

Palabras clave: esplenectomía laparoscópica. Purpura trombocitopenica idiopática, anemia hemolítica. Sin conflicto de intereses

.

RESECCIÓN COMPLETA DE QUISTE DE COLÉDOCO Y HEPATICOYEYUNOSTOMÍA ASISTIDA POR ROBOT, Y DE ROUX EXTRACORPÓREA. SERIE PROSPECTIVA DE CASOS EN MÉXICO

Autor y Ponente: Dr. Mario Navarrete Arellano
Coautores: Dr. Francisco Garibay González, Dr. Juan Pedro Galán Luis
Dr. Edmur Lucas Salinas Hernández
Institución: Hospital Central Militar, Ciudad de México

FUNDAMENTO: Son escasos los reportes de cirugía de invasión mínima asistida por robot para el tratamiento del quiste de colédoco en el mundo. No hay reportes en nuestro país, ni en la Latinoamérica. En la actualidad el tratamiento estándar sigue siendo la cirugía abierta.

PROPÓSITO: El objetivo del presente trabajo es informar nuestra experiencia y las ventajas para el paciente con este abordaje mínimamente invasivo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

a) Escenario: El estudio se realizó en hospital público de tercer nivel, que atiende a una población cerrada de todo el país y cuenta con 150 camas para población infantil. El autor cuenta con 28 años de experiencia y más de 3 años en la cirugía robótica.

b) Participantes: Se incluyeron a los pacientes pediátricos con diagnóstico de quiste de colédoco, tributarios de tratamiento quirúrgico de julio 2016 a abril 2018. El diagnóstico se realizó con estudios de laboratorio, USG y colangioresonancia.

c) Intervención: Los pacientes fueron operados por mínima invasión, realizando una parte asistida por laparoscopía, la Y de Roux extracorpórea y otra parte con asistencia robótica (resección del quiste y vesícula biliar, el paso retrocólico de la Y de Roux y la anastomosis hepaticoyeyuno). Se emplearon 5 puertos: robótico de 8.5 mm con lente de 8 mm y 30°, 3 para instrumentos robóticos de 8 mm y uno laparoscópico de 5 mm. Posición del paciente en trendelemburg invertido con elevación de 30-35 °.

d) Variables: Género, edad, peso, talla, tipo de quiste de colédoco según clasificación de Todani, tamaño del quiste, cuadro clínico, fecha de cirugía, tiempo de cirugía asistida por laparoscopía y de robótica, sangrado, índice de conversión, complicaciones, estancia hospitalaria PO y tiempo de seguimiento. Uno de los pacientes fue presentado como caso clínico en congreso previo.

e) Recolección de la información: Prospectiva.

f) Evaluación de las variables sin sesgo: No aplica.

g) Tamaño de la muestra: Convencional, fueron todos los casos que presentaron el diagnóstico.

h) Análisis estadístico: Medidas de tendencia central.

RESULTADOS: En 22 meses tratamos a 4 pacientes con quiste de colédoco, 3 femeninos y 1 masculino, edad de 6 a 58 meses, promedio 36 meses, peso 5.9 a 19.8 kg, promedio 15 kg, talla 65 a 110 cm, promedio 94.2 cm, tres casos con quiste tipo 1-A y un caso tipo 1-C, el tamaño del quiste de 8 a 12.5 cm, promedio de 9.6 cm. Clínicamente, 3 casos presentaron masa abdominal, 3 casos algún episodio de ictericia y 2 de ellos con fiebre. Fueron operados en julio y agosto de 2016 y agosto y septiembre de 2017. Los tiempos quirúrgicos fueron: asistido por laparoscopia de 110 a 160 minutos, promedio 130 minutos, cirugía de consola (robótica) de 184 a 262 minutos, promedio 230 minutos, el sangrado promedio por cirugía 32.5 ml, variando de 20 a 50 ml. No hubo conversiones ni complicaciones. Estancia hospitalaria PO de 3 a 7 días, promedio 4.7 días. Seguimiento promedio 15 meses, variando de 9 a 22 meses. Los 4 pacientes evolucionan asintomáticos.

DISCUSIÓN: Woo y Cols. en 2006, reportan uno de los primeros casos de resección de quiste de colédoco con asistencia robótica y comentan que este abordaje supera las limitaciones de la laparoscopía con la visión 3D y los instrumentos articulados, concluyendo que es factible y segura. Es una realidad incuestionable que la curva de aprendizaje es mucho más corta que en laparoscopía y es un verdadero reto realizar la anastomosis biliodigestiva con instrumentos laparoscópicos, aún por cirujanos experimentados. La asistencia robótica potencia al cirujano en disección, sutura fina, y hemostasia; lo anterior se traduce en mayor seguridad para el paciente. La estancia hospitalaria PO es más corta con cirugía robótica VS abierta. La limitación del estudio es el número de pacientes.

CONCLUSIÓN: La cirugía robótica para el tratamiento del quiste de colédoco es factible y segura.

CONFLICTO DE INTERÉS: Ninguno.
PALABRAS CLAVE: Quiste de colédoco, cirugía robótica, laparoscopía, cirugía de invasión mínima, niños

VÓLVULO DE LA VESÍCULA BILIAR
CASO CLÍNICO DE UN LACTANTE RESUELTO POR MÍNIMA INVASIÓN

Autor: **Dr. Carlos García Hernández**
Coautores: **Dra. Christian Elena Archivaldo García, Dra. Lourdes Carvajal Figueroa**
Ponente: **Dra. Christian Elena Archivaldo García**
Institución: **Hospital Infantil Privado, Ciudad de México**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Masculino de 9 meses de edad, sin antecedentes de importancia, inicia con dolor abdominal de 12 horas de evolución, vómito gastroalimentario, ausencia de evacuaciones, fiebre cuantificada en 38ºC y taquicardia. A la exploración física luce irritable, poco cooperador, febril, subhidratado, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con resistencia muscular generalizada, doloroso a la palpación media y profunda con rebote positivo, peristalsis disminuida.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Los resultados de laboratorio con leucocitosis de 20.4/ul segmentados 65% pruebas de función hepática y bilirrubinas dentro de lo normal. Radiografía simple de abdomen, posición antiálgica, aumento de la densidad hacia la topografía del polo inferior renal derecho, borramiento de la grasa preperitoneal ipsilateral adyacente al borde inferior del lóbulo hepático derecho, compresión del colon transverso, sin aire libre. Ultrasonido se identifica la vesícula biliar distendida, 43x19x21mm, aumento del grosor de la pared 6.8mm y líquido perivesicular. Se observa la vesícula biliar fuera de su fosa anatómica normal. Tomografía de abdomen vesícula biliar distendida, con engrosamiento difuso de su pared, líquido libre perivesicular en fosa cística, acodamiento del cístico, aumento de la densidad y reforzamiento tras la aplicación de medio de contraste, sugestivo de vólvulo.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: se realiza intervención quirúrgica con abordaje laparoscópico encontrando la vesícula biliar redundante, color rojo oscuro, con torsión en sentido de las manecillas del reloj del cuello y conducto cístico rotados en 180 grados. Después de corregido el vólvulo se observa la vesicula biliar solo fija al cuello y a su conducto cístico, por un meso corto, se diseca y liga artería y cístico, terminando la colecistectomía sin complicaciones, tiempo quirúrgico 30min, sangrado mínimo.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Los hallazgos histopatológicos fueron vesícula de pared edematosa, 1cm de espesor con congestión de la mucosa compatible con colecistitis gangrenosa aguda y necrosis extensa de la pared. El paciente con buena evolución, adecuada tolerancia a la vía oral en las primeras 24hrs, completo esquema antibiótico y fue dado de alta al quinto día postoperatorio.

DISCUSIÓN: El vólvulo de la vesícula biliar es una patología poco frecuente pero grave, desde el primer informe en un adulto por Wendel en 1898, alrededor de 400 casos han sido descritos en la literatura como una patología de mujeres de la tercera edad. En la edad pediátrica, el primer caso descrito en 1925 por Daux y son 25 casos reportados en la literatura inglesa el más joven de 2 años, siendo este paciente el de menor edad reportado.

CONCLUSIÓN: Presentamos el caso de un lactante masculino con abdomen agudo, secundario a un vólvulo de la vesicula biliar, en el abordaje los signos de interpretación importantes para el diagnóstico y se propone como primera elección para su resolución quirúrgica colecistectomia mediante mínima invasión.

Sin conflicto de interés

Palabras clave: Vólvulo de la vesícula biliar, colecistectomía, laparoscopia, mínima invasión

DERIVACIÓN ESPLENORENAL DISTAL (PROCEDIMIENTO DE WARREN). EXPERIENCIA A SIETE AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE MÉXICO. SERIE DE CASOS

Autor: Dr. Francisco Antonio Medina Vega
Coautor: Dra. Esperanza Vidales Nieto, Dra. María Antonieta Cabrera Hernández
Dr. Lus Adrián González Mercado
Ponente: Dr. Lus Adrián González Mercado
Institución: Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México

FUNDAMENTO: Hipertensión Portal (HP) es la diferencia del gradiente de presión mayor a 5mmHg entre la vena porta(VP) y la vena cava inferior. La degeneración cavernomatosa de la vena porta (DCVP) corresponde al 68-84% de los casos de sangrado de tubo digestivo alto (STDA) por várices esofágicas (VE) en pediatría con gran repercusión en el estilo de vida los pacientes. La derivación esplenorrenal distal o Procedimiento de Warren (PW) constituye el único método selectivo, que descomprime las várices esófago-gástricas hacia los vasos cortos. Esta técnica ha reportado excelentes resultados para disminuir el tamaño de las várices esofágicas como para disminuir el número de sangrados.

PROPÓSITO: Describir la evolución posquirúrgica y el seguimiento endoscópico, bioquímico y clínico de los pacientes con HP posterior a PW.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio Descriptivo, longitudinal, retrospectivo de pacientes con HP sometidos a PW de 0 a 18 años en un Hospital de tercer nivel de la Ciudad de México del 1º de Enero del 2010 al 30 de diciembre del 2017 con muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron pacientes con HP con STDA por HP, con PW con y sin injerto. Se excluyeron pacientes sin HP, sin VE, y sin eventos previos de STDA. Se eliminaron pacientes sin seguimiento posoperatorio, sin estudio endoscópico posquirúrgico y con mal apego terapéutico. Se realizó un estadístico de frecuencias para análisis de variables demográficas y número de complicaciones. Para la comparación de los resultados de efectividad (disminución del grado de varices esofágicas, conteo plaquetario y eventos de sangrados) se re alizará t de Student, previa prueba de Wilcoxon.

RESULTADOS: Se obtuvieron 20 pacientes con HP y PW; 6 femeninos (30%)14 masculinos (70%); edad media de presentación fue 48.7 meses; 55% (n11) con antecedente de cateterismo umbilical. 90% con DCVP, 5% esclerosis y 5% Histiocitosis de células de Langerhans. Por endoscopía (Dagradi) VE prequirúrgicas: 58%III, 26%IV, 11%II y 5%V. Posterior al procedimiento:55%I, 15%II, 15% III y 15% sin nuevas várices. El promedio de la cuenta plaquetaria previo a PW fue de 91,350 y posterior a PW 136,157 plaquetas. Los episodios de sangrado disminuyeron de 2.75 episodios a 0.35 episodios posterior PW; también la ligadura de VE durante disminuyó con un promedio previo de 5 contra 0.3 posterior a PW. Se presentaron complicaciones transquirúrgicas en el 10% de los casos; 1 ruptura del shunt (5%), 1 hematoma en el sitio quirúrgico (5%); en el postquirúrgico: trombosis de anastomosis 10% (n=2), Insuficiencia cardíaca en 5% (n=1). El tiempo quirúrgico promedio fue de 309 minutos. El sangrado promedio durante la cirugía fue 244 minutos. En 5 pacientes en quienes la vena esplénica no tenía suficiente longitud o estaba trombosada, se utilizó injerto de goretex, hasta el momento sin complicaciones.

DISCUSIÓN: El uso de cualquiera de los procedimientos quirúrgicos descritos para HP como medida preventiva de STD aún permanece en controversia. El PW constituye el único método selectivo cuyo objetivo es disminuir los eventos de STDA sin causar encefalopatía. Nuestra Población presenta las complicaciones ya descritas en la literatura, algunos con variaciones anatómicas que solucionamos con el uso de injerto de goretex sin complicaciones hasta el momento por lo que consideramos puede ser una opción en casos específicos.

CONCLUSIÓN: El PW es una buena opción quirúrgica para el tratamiento de HP con disminución de los eventos de sangrado, incremento de la cuenta plaquetaria y pocas complicaciones. El uso de injerto de Goretex es una buena opción de rescate.

CONFLICTO DE INTERÉS: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés. **PALABRAS CLAVE.** Hipertensión portal, degeneración cavernomatosa de la porta, procedimiento de Warren, derivación esplenorrenal distal.

ESCISIÓN COLÓNICA TOTAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA ENDORRECTAL MAS DESCENSO ENDORRECTALTRANSANAL PARA ENFERMEDAD DE HIRCHSPRUNG DE SEGMENTO LARGO Y TOTAL.

Autor: **Dr. Samuel Ramírez Marroquín**
Coautores: **Dr. Efren Emmanuel Jarquín González, Dr. Omar Victorica Guzmán, Dra. Elizabeth Escamilla Chávez**
Ponente: **Dr. Omar Victorica Guzmán**
Institución: **Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango, Estado de México.**

INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES: 2 pacientes masculinos de 3 y 6 años de edad, tratados en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango Estado de México de agosto 2015 a febrero 2016, con antecedentes de estreñimiento crónico desde la etapa de lactante y mas de dos ingresos hospitalarios por oclusión intestinal y enterocolitis resuelta con tmanejo antibiótico y enemas evacuantes.

EVALUACION DIAGNÓSTICA: Se inicia abordaje para estreñimiento crónico realizando biopsia transrrectal, reportando ausencia de células ganglionares y diagnosticando enfermedad de Hirschsprung. Colon por enema sin identificar zona de transcisión, totalidad del colon dilatado.

INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA: Se procede a preparación intestinal con polietilenglicol 72 previas de evento quirúrgico, antibioterapia de amplio espectro en el momento de la inducción anestésica. Paciente en posición de litotomía con elevación de pelvis, asepsia y antisepsia. Mucosectomía transanal de manera habitual usada por *De La Torre-Mondragón* y *Ortega-Salgado*, incisión circunferencial a 4 mm por encima de la línea dentada, disección submucosa a lo largo de 4 cm, 4 puntos de tracción con seda en 4 cuadrantes justo en donde termina manguito muscular, se tracciona prolapsando mango muscular hasta fuera del ano. Se coloca de nellaton fenestrada 24 fr para ferulizar el colon, iniciar succión y colapsar colon dilatado. Se colocan 3 jaretas de prolene vascular 3-0 en sentido horario a las 12, 3 y 6, y se introducen puertos de 5mm a través dela transección muscular rectal total sobre las jaretas previamente colocadas, se inicia neumoperitoneo con CO2 con presión de 12-14 mmhg y flujo de 1-2 lt/min, se realiza exploración laparoscópica transrectal y se procede a liberar colon descendente y ascendente de sus inserciones peritoneales laterales externas con cauterio monopolar (gancho) hasta fascia de Toldt, se colocan dos puntos acuscopicos de manera subcostal derecha e izquierda a nivel de linea media clavicular, se suspende colon transverso. Se realiza ventana en el mesenterio colónico y se procede a realizar ventana en el mesenterio con gancho, sel ligan vasos y se liberan fijaciones colónicas lo más cercanas a la raíz del mesenterio. Una vez liberado el colon totalmente se realiza apendicectomía laparoscópica con una ligadura de surgiloop de vicryl 3-0, se realiza biopsia intestinal en colon descendente y a 7-10 cm de íleon terminal y se envían ambas muestras a anatomopatología, se reporta resultados en ambos pacientes identificando en uno de ellos células ganglionares solo en íleon terminal y en el otro en apéndice cecal y colon ascendente. Se retira sonda transcolónica de nellaton. Se retiran puertos de laparoscopia. Se continúa con la transección total muscular sobre el borde superior del manguito muscular. Se desciende colon de manera transanal y se realiza colectomía total. Se realiza la anastomosis en un plano entre la totalidad de la pared del ileón terminal movilizado y el canal anal al nivelde la disección mucosa por encima de la línea dentada. Se terminan ambos procedimientos con un tiempo promedio de 210 minutos sin complicaciones ni eventualidades pre,trans y postanestesicas.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: No se presentaron complicaciones transquirúrgicas o posquirúrgicas tempranas. Se comenzó la alimentación oral en las primeras 24 horas. No se refiere dolor postquirúrgico intenso. Se recuperó movilidad cotidiana al pasar efecto anestesico. Se completaron 3 dosis de antibiótico. Alta a las 48 hrs de la cirugía. A dos años de seguimiento, los pacientes reportan buena calidad de vida, Sus hábitos evacuatorios son aceptables sin incontinencia fecal, sin disensión abdominal, sin reingresos por oclusión intestinal o impactación fecal, sin ningún episodio de enterocolitis y sin dolor abdominal crónico intermitente.

DISCUSIÓN: El descenso endorrectal constituye actualmente una técnica exitosa, reproducible y mínimamente invasiva para la enfermedad de Hirschsprung. Muchos cambios y modificaciones sobre la técnica quirúrgica y método de diagnóstico se han descrito desde que se describió en 1888. La mucosectomíaendorrectal fue descrita por primera vez por Soave en 1964 y más tarde fue modificada por Boley. En 1980, *So* y colaboradores reportan el descenso endorrectal en 20 recién nacidos sin colostomía previa. En 1995, *Georgeson* y cols. reportan la mucosectomíatransanal asistiendo el tiempo abdominal por laparoscopía. Presentamos nuestros resultados en dos pacientes con este procedimiento muy similar al descrito por *De La Torre-Mondragón* y *Ortega-Salgado* en 1998, pero con modificaciones para introducción de instrumentos de laparoscopía de manera transrrectal. Se justifica nuestra técnica al ser una alternativa que omitiría el doble abordaje quirúrgico abdominal y transanal, la necesidad de dos equipos quirúrgicos en sala de operaciones, así como el de tratar de mejorar la recuperación posquirúrgica a la evolución ya conocida del abordaje combinado.

CONCLUSIÓN: La escisión colonica total por vía laparoscópica endorrectal mas descenso endorrectal transanal es una alternativa quirúrgica factible y reproducible para la enfermedad de Hirchsprung de segmento largo y total.

CONFLICTO DE INTERESES: No hay conflicto de intereses en este reporte de casos, no se cuenta con patrocinio de ninguna asociación, no se realiza con fines de lucro y solo tiene la intención de generar conocimiento.

PALABRAS CLAVE: Descenso transanal, Colectomía

RETRASO EN EL TRATAMIENTO DE APENDICITIS AGUDA EN NIÑOS Y FACTORES ASOCIADOS A DIAGNÓSTICO INOPORTUNO.

Autor: **Dr. Victor Hugo Portugal**
Coautores: **Dra. Perla López Medina, Dra. Elizabeth Islas Sánchez, Dra. Virginia Soledad Resendiz Martínez**
Ponente: **Dra. Virginia Soledad Resendiz Martínez**
Institución: **Hospital Pediátrico Moctezuma SS, Ciudad de México**

FUNDAMENTO: La apendicitis aguda representa la urgencia quirúrgica más común en la edad pediátrica y la presencia de perforación apendicular confiere una mayor morbilidad con el consecuente incremento en los costos de atención hospitalaria. Se ha señalado la posibilidad de complicación debido al retraso en el tratamiento quirúrgico definitivo provocado por el uso de medicamentos como antibióticos, analgésicos y antipiréticos, ya sea suministrado por padres o también indicado por el médico de primer contacto. En nuestro medio no existen estudios que documenten tal aseveración pero si es común que a nivel hospitalario acudan pacientes con cuadro de apendicitis aguda complicada. Es importante determinar si estas conductas de automedicación y medicación por un facultativo están determinando la presentación de apendicitis complicada con su consecuente morbilidad asociada.
PROPÓSITO: a) Detectar factores que en nuestro medio predisponen a un diagnóstico tardío de apendicitis, b) Tipificar la atención medica preoperatoria en apendicitis complicada y c) Describir los factores asociados al retraso tratamiento de apendicitis.
TAMAÑO MUESTRAL: Se estudiaron 109 pacientes posoperados de apendicitis
PARTICIPANTES: Se incluyeron todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente de apendicitis en forma consecutiva en un periodo de 6 meses en un hospital pediátrico de segundo nivel.
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: Fue de carácter prospectivo, por medio de una encuesta a los padres de los pacientes. VARIABLES: Edad, sexo, sintomatología, días de evolución, automedicación, medicación previa, medicamentos utilizados, médicos visitados, tipo de médico, tipo de servicio médico, fase de apendicitis.
ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se utilizó para el análisis estadístico medidas de tendencia central y dispersión.
RESULTADOS: La mediana de días de evolución de la apendicitis fue de 48 horas (24-72 horas). Los padres automedicaron al niños en 22.94% de los casos (25 niños). La mediana de los médicos que los valoraron previamente fue de 2 médicos (1- 3 médicos), 51 niños acudieron con médico general y pediatra (46.79%) antes de llegar al hospital. De los pacientes, 27 (24.77%) niños habían acudido con 1 médico antes de acudir al servicio de nuestro hospital, 53 (48.62%) niños a 2 médicos, 19 (17.43%) niños a 3 médicos, 6 (0.05%) niños a 4 médicos y 3 (0.03%) niños a 5 médicos. La mediana de tratamiento recibido fue de 1 tratamiento (0- 1 tratamiento), la mediana de número de antibióticos recibidos fue de 0 (0- 1 antibiótico). En cuanto al tratamiento que podría modificar el cuadro clínico y ser un factor de riesgo para un retraso en el diagnóstico y por lo tanto para una apendicitis complicada 17 niños estaban recibieron manejo con uno o más antibióticos (15.6%), 18 niños con algún tipo de antinflamatorio no esteroideo (AINE) (16.51%) y 31 niños con uno o más antibiótico y con algún tipo de AINE (28.44%). En los hallazgos transquirúrgicos de acuerdo a la fase de apendicitis, en todos los casos fueron apendicitis complicada, se encontró en 24 niños apéndice gangrenada (22.02%), en 39 apéndice perforada (35.78%) y en 46 apéndice abscedada (42.2%).
DISCUSIÓN: El tiempo de llegada al hospital es muy tardío (48 horas) lo que explica los hallazgos de apendicitis complicada en todos los pacientes. La automedicación representa un cuarto de los pacientes atendidos. Aproximadamente la mitad de los niños fue valorado por un médico de primer contacto, ya sea general o pediatra. El número de médicos visitados puede ser hasta de 5 antes de su llegada al hospital, lo cual puede ser secundario a una ineficiencia en la atención médica. El error diagnóstico y medicación con analgésicos y/o antibióticos por parte del médico de primer contacto se eleva hasta un tercio de los pacientes. Es de destacar la elevada incidencia de apendicitis complicada en el hospital. La automedicación y el diagnóstico erróneo de los médicos de primer contacto afecta el diagnóstico oportuno ya que favorece la posibilidad de complicación y el retraso en el tratamiento quirúrgico de los pacientes con apendicitis aguda. **CONFLICTO DE INTERESES:** No hubo

LINFOPENIA COMO PREDICTOR DEL DESARROLLO DE ABSCESO INTRAABDOMINAL POSTQUIRÚRGICO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS COMPLICADA. ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO.

Autor: Dr. Fernando Duque Zepeda
Coautores: Dr. Rafael Santana Ortiz, Dr. Arnulfo Zúñiga Morán, Dra. Sofía Elena Rubio Jiménez, Dra. Denisse Estefanía Alfaro Castellanos
Ponente: Dra. Denisse Estefanía Alfaro Castellanos
Institución: Antiguo Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, Jal

FUNDAMENTO: Correlación entre el desarrollo de absceso o colección intraabdominal y la disminución de linfocitos en pacientes postquirúrgicos de apendicitis complicada.
PROPÓSITO: Identificar un indicador de mal pronóstico en niños con apendicitis complicada con el fin de desarrollar intervenciones oportunas para reducir la morbilidad.
MATERIAL Y MÉTODOS:
A) Escenario: Centro hospitalario de tercer nivel, público, que atiende población abierta y con cobertura de Seguro Popular.
B) Participantes: Pacientes a los que se realizó apendicectomía abierta con diagnóstico de apendicitis complicada (presencia de absceso) de Enero de 2017 a Diciembre de 2017.
C) Intervención: Se realizó la toma de biometría hemática al ingreso y al cuarto día postquirúrgico; además, ultrasonido al quinto día en búsqueda de colecciones o absceso.
D) Variables: sexo, edad, días de evolución prequirúrgica, leucocitos y linfocitos al ingreso, y controles, colecciones, abscesos y drenaje.
E) Recolección de la información: Se realizó recolección de datos de cada paciente de manera prospectiva.
F) Evaluación de las variables sin sesgo: Realizamos análisis estadístico individualizado de las variables en busca de valores no habituales o errores de transcripción o codificación.
G) Tamaño de la muestra: Institucional. No probabilístico de inclusión consecutiva.
H) Análisis estadístico: Estadística analítica y la estimación de la magnitud de la asociación se realizó por medias relativas, en donde calculamos riesgo relativo (RR).
RESULTADOS: Durante el estudio se reportaron 558 pacientes ingresados con diagnóstico postquirúrgico de apendicitis, de los cuales 109 (19.5%) presentaron apendicitis complicada, catalogadas con presencia de absceso intraabdominal. Al ingreso 69 pacientes (63.3%) presentaron linfopenia, y en 21(19.2%) se reportó linfopenia en la biometría hemática de control al cuarto día postquirúrgico. La presencia de colecciones o abscesos fue identificado en 19 pacientes (17.4%), de los cuales 16 (14.6%) presentaron linfopenia al ingreso, y 14 en la biometría de control (12.8%). El riesgo de desarrollar absceso o colección intraabdominal en los pacientes que presentan linfopenia al ingreso es 3.09 veces más que en los pacientes que no la presentan (95% IC 0.96; 9.96); y la presentación de linfopenia en la biometría hemática de control postquirúrgico al cuarto día representa un riesgo 11.73 veces más para el desarrollo de la colección o absceso que los pacientes que no presentan linfopenia en dicha muestra (95%IC 4.75; 28.96).
DISCUSIÓN: El absceso intraabdominal después de la apendicectomía es una complicación conocida de la apendicitis complicada. En nuestra institución se llevan a cabo una media de 100 apendicectomías con absceso intraabdominal al anualmente. La incidencia de abscesos intraabdominales de la muestra, se encuentra dentro de lo reportado en la literatura. En nuestro estudio se evalúa la linfopenia como indicador de complicaciones en el paciente postquirúrgico con diagnóstico de apendicectomía complicada con absceso, pudiendo sugerir un cambio en las estrategias terapéuticas de estos pacientes, haciendo hincapié en la valoración completa del paciente desde su ingreso. Y por último, el tratamiento conservador eficaz de colecciones y abscesos intraabdominales descrito en la literatura se reporta entre 82-90%; siendo congruente con lo reportado en nuestro estudio ya que fue efectivo en 83.3% de nuestros casos.
CONCLUSIÓN: La presencia de linfopenia puede ser un indicador útil para predecir el riesgo en el desarrollo de absceso intrabdominal postquirúrgico en pacientes con apendicitis complicada. **CONFLICTO DE INTERÉS:** Sin conflicto de intereses.

ASOCIACIÓN DE REFLUJO VESICO-URETERAL CON VEJIGA NEUROGÉNICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL, ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Autor y Ponente: **Dra. Karen Ramírez Santos**
Coautores: **Dr. Jorge Enrique Sámano Pozos, Dr. Othon Romero Terán, Dra. Martha Conde Gutiérrez**
Institución: **Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, Ciudad de México**

FUNDAMENTO: Dos de los principales diagnósticos en los pacientes de nuestro servicio son el reflujo vesico-ureteral (RVU) y vejiga neurogénica (VNG), estos se pueden presentar juntos o como patología aislada, lo cual nos lleva a investigar tanto su frecuencia como prevalencia, ya que la VNG es uno de los principales diagnósticos que propician el RVU, y el más difícil y costoso de tratar.

PROPÓSITO: ¿Existe asociación de reflujo vesico-ureteral con vejiga neurogénica? El objetivo es determinar el índice de prevalencia de RVU con VNG, así como el grado de reflujo más frecuente, para así ofrecer un tratamiento integral médico-quirúrgico que mejore la calidad de vida de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio ambispectivo, longitudinal, observacional, analítico y descriptivo, donde se incluyeron pacientes mediante un muestreo no probabilístico a conveniencia, siendo los siguientes criterios de inclusión el ser derechohabientes, edad 5 a 17 años 11 meses, con diagnóstico de infección de vías urinarias (IVU), atendidos en un hospital de tercer nivel, en un período comprendido de 3 años, que no fueran trasladados o dados de alta voluntaria durante la realización del estudio. Se les realizó cistouretrograma miccional retrogrado (CUGM) y urodinamia y se analizó la distribución de la muestra mediante el uso de histogramas, así como también se determinó la probabilidad de presentar VNG en los pacientes con RVU, mediante una razón de momios (Odds Ratio=OR). Además, se midió el porcentaje de pacientes con RVU secundario a vejiga neurogénica, sus tipos y la frecuencia de ambos.

RESULTADOS: Se incluyeron 80 pacientes, de los cuales el 55% fueron del género femenino, 69% en etapa escolar. El 41% fueron diagnosticados con RVU, y de estos el 67% tuvieron VNG, observando el reflujo Grado III como el más frecuente. El OR resultó de 1.03.

DISCUSIÓN: El 67% de los pacientes con RVU tuvieron a su vez VNG. Se refleja mediante el OR, que los pacientes con RVU tienen 1.03 veces más probabilidades de tener VNG en comparación con los que no lo padecen, lo cual se traduce en una probabilidad del 50.7% de que los pacientes con RVU tengan VNG.

CONCLUSIÓN: El RVU fue la patología más importante para el desarrollo de infección de vías urinarias en nuestro grupo de estudio, demostrando una asociación importante con VNG. A partir de esto, podemos entonces ofrecer un tratamiento integral en los pacientes con RVU, que mejoraría la calidad de vida de los que lo padecen, ya que la VNG es un diagnóstico que se suele omitir las mayorías de las veces y que conlleva al fracaso del tratamiento de RVU por sí solo.

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Palabras clave: reflujo vesico-ureteral, vejiga neurogénica, infección de vías urinarias

CARACTERÍSTICAS EPIDEMILÓGICAS DE HIPOSPADIAS COMPLICADA CON INJERTO RETROAURICULAR

Autor: Dr. Rafael Mogollon Ferrero
Coautores: Dr. Salvador Cuevas Villegas, Dr. Alberto Gone Fernández, Dr. Gustavo Aguilar Hernández, Dr. Salvador Tirado Camarena
Ponente: Dr. Salvador Tirado Camarena
Institución: UMAE Hospital General Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS, Cd. de Mex.

FUNDAMENTO: El manejo de hipospadias complicada en el paciente pediátrico es muy complejo, designar una técnica quirúrgica adecuada es difícil, se han descrito mas de 300 tipos de procedimientos quirúrgicos, destacando el injerto de piel o mucosa como un sustituto en paciente con hipospadias severas o secuelas quirúrgicas, que aun requiere una resolución de su patología.

PROPÓSITO: Saber las características epidemiologías del paciente pediátrico con hipospadias complicada al cual se le aplico injerto de piel retroauricular en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza estudio en Centro hospitalario de tercer nivel, público. Se captó a los pacientes en seguimiento por el servicio de Urología Pediátrica. Recursos humanos: Cirujano Urólogo Pediatra Adscrito al Servicio de Urología Pediátrica de la Unidad, residente de Cirugía Pediátrica de 6to año. Se incluyó la totalidad de pacientes con diagnóstico de hipospadias complicada a los cuales se les colocó injerto de piel retroauricular. Se excluyó a los pacientes con diagnóstico de hipospadias complicadas que no contaran con injerto de piel retroauricular. Intervención: estudio retrospectivo longitudinal de Mayo del 2016 a Abril del 2018.

VARIABLES: Edad del paciente al momento de colocar el injerto de piel retroauricular, tipo de hipospadias, patologías asociadas, número de cirugías previas, utilización de injerto de piel o mucosa en cirugías previas, tiempo quirúrgico al colocar injerto retroauricular, hallazgos quirúrgicos en la cirugía de injerto de piel retroauricular, inicio de la vía oral, analgésicos utilizados, estancia hospitalaria.
Recolección de la información: Estudio retrospectivo, mediante la captura de datos a través del expediente clínico.
Evaluación de las variables sin sesgo: Se implemento una sábana de datos para la captura y análisis de las variables epidemiológicas.
Tamaño de la muestra: totalidad de pacientes con injerto de piel retroauricular para el manejo de hipospadias complicadas.
Análisis estadístico: variables epidemiológicas.

RESULTADOS: Se captó un total de 5 pacientes, de los cuales el 100 % se integró el diagnóstico de hipospadias posterior (80% penoescrotal, 4 pacientes y 20% escrotal 1 paciente), la edad mínima al momento de colocar el injerto fue de 4 y la máxima reportada de 15 años, describe que el 80% de los aquejados presentó patologías asociadas siendo la criptorquidia la principal (60% de los paciente), el 80% de los pacientes tenia como antecedente 4 o mas cirugías (100% presentó toma de injerto de mucosa oral), el tiempo quirúrgico durante la aplicación del injerto de piel retroauricular mínimo fue de 50 minutos y el máximo de 120 minutos, la fibrosis severa ventral del pene fue el hallazgos transoperatorio más relevante, el iniciar la vía oral se logro sin complicaciones, la estancia Hospitalaria promedio fue de 5 días.

DISCUSIÓN: El paciente multioperado es complejo, en su mayoría ya no cuenta con mucosa oral viable, por lo que se requiere el injerto de piel retroauricular como un sustituto.

CONCLUSIÓN: El paciente pediátrico con hipospadias complicada es complejo, por lo general con múltiples cirugías previas, con mucosa oral no viable para su utilización, lo que incita al cirujano a buscar un sustituto para intentar la resolución de la patología.

CONFLICTO DE INTERÉS: El autor y coautor se declaramos sin conflictos de intereses.
PALABRAS CLAVE: Hipospadias complicadas en paciente pediátrico, injerto retroauricular

LITIASIS RENAL "UN PROBLEMA EN CRECIMIENTO COMPORTAMIENTO ACTUAL EN EDADES PEDIÁTRICAS PRESENTACIÓN DE CASOS

Autor: Dr. Luis Emmanuel Ruiz Pérez
Coautores: Dr. Pedro Salvador Jiménez Urueta,
Ponente: Dr. Pedro Salvador Jiménez Urueta
Institución: Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE; Ciudad de México.

INTRODUCCIÓN: La litiasis renal se ha considerado como una enfermedad no tan frecuente, siendo mayormente una enfermedad de la adolescencia. En México su frecuencia es de un caso por cada 250 admisiones hospitalarias, presentándose de 12 a 17 casos nuevos al año, con una frecuencia de 2.4 casos de urolitiasis por 10,000 sujetos. Comparados a nivel mundial la frecuencia se presenta de 3.6 a 19.9 casos por cada 10,000 habitantes. Su sintomatología puede ser desde un dolor abdominal leve, hasta una insuficiencia renal.

OBJETIVO: es presentar la localización más frecuente y el tratamiento quirúrgico de este tipo de paciente en un servicio de alta especialidad.

JUSTIFICACIÓN: la litiasis en la edad pediatría va en aumento, el conocer los abordajes ayudara a determinar el tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza un estudio de series consecutivos de enero del 2012 a enero de 2017 en un hospital de tercer nivel. Revisando un total de 39 pacientes con diagnóstico de litiasis renal, de los que solo se incluyeron 36 y se excluyen tres pacientes, que presentaron un segundo cuadro de litiasis renal. se revisaron variables como sexo y edad en el momento del diagnóstico de litiasis, antecedentes familiares de litiasis, antecedentes personales de infecciones del tracto urinario previas, cálculo de aclaramiento de creatinina, estudio radiológico: Rx simple de abdomen, ecografía abdominal, urografía intravenosa y CUMS, localización y tipo de cálculo (único, múltiple) complicaciones asociados a litiasis y el tipo de tratamiento.
Se realiza un análisis descriptivo observacional.

RESULTADOS .- De los 36 pacientes hubo mayor predominio en el sexo masculino con 63.8
% (23 pacientes) , comparadas con el sexo femenino con un porcentaje de 36.1 % (13 pacientes), la edad más frecuente de 14 años (15% - 6 pacientes), el lugar de origen más frecuente en la ciudad de México (11.1%), Yucatán (11.1%) y Morelos en un porcentaje de (11.1%), presentándose de mayor localización a nivel vesical en un total de 10 pacientes (27.7 %), seguido de riñón izquierdo con nueve pacientes (25 %), riñón derecho (19.4%) 7 pacientes, bilateral 7 pacientes (19,4%) , uréter derecho 2 pacientes (5.5%) y uréter izquierdo 1 pacientes (2.7%). La alteración metabólica más frecuente fue la hipercalciuria idiopática en un total de 12 pacientes, solo 8 pacientes presentaron hidronefrosis obstructiva secundaria.El tratamiento que más se realizó fue la cistolitotomia endoscópica en un total de 27 pacientes (75 %), seguido LEOCH (litotripsia extracorpórea por ondas de choque) realizándose el procedimiento en 4 pacientes (11.1%), los pacientes están en seguimiento, sin presentar datos de daño renal.

DISCUSIÓN: El tratamiento va enfocado en tres formas, aquellos pacientes que presentan cólico, litos asintomáticos y litos que causan obstrucción. El inicio del manejo de la litiaisis renal es médico, si no hay mejoría del cuadro y los litos están comprometiendo las vías urinarias se puede usar litotricia extracorpórea, endoscopia (ureterorrenoscopia), nefrolitectomía percutánea por medio de una punción renal y la , cirugía abierta.

CONCLUSIÓN: La detección oportuna, determinar el tipo, localización , ayudará a determinar el tratamiento quirúrgico.

Palabra clave: LIR (Litiasis renal)
No hay conflicto de interés

ESCLEROTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE HEMANGIOMA DE GLANDE REPORTEDE CASO CLÍNICO.

Autor y Ponente: **Dr. Miguel Ángel Aguilar Hernández**
Coautores: **Dra. Carmen María Vania Osorio Rosales**
Institución: **H R de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón, Villahermosa, Tab.**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Masculino de 4 años 8 meses, sin comorbilidades agregadas, a los 4 meses de edad presentó crecimiento de pápulas violáceas en glande, sin dificultad para la micción, a los 6 meses de edad inicia tratamiento con facultativo para hemangioma a base de propranolol sin mejoría, por lo que fue intervenido posteriormente para resección de la lesión, sin éxito, formándose una fistula uretro-cutanea en tercio distal del pene, inmediata al procedimiento. Acude a valoración por urología pediátrica.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Se realizó diagnostico clínico y ultrasonografico de hemangioma en glande y tercio distal de pene, fistula uretrocutánea amplia que condiciona al paciente a orinar sentado, por lo que el paciente requería de tratamiento de hemangioma para poder realizarse posteriormente el cierre de fistula.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: El tratamiento convencional en este tipo de padecimiento consistía en la crioablación o en la extirpación quirúrgica, pero estos tratamientos se han asociado con importantes pérdidas sanguíneas, o grandes defectos de tejido y prolongada hospitalización.
A los 3 años 8 meses de edad se realizó esclerosis mediante la aplicación intralesional en forma de abanico en la base de hemangioma que abarcaba todo el glande de polidocanol al 1%, considerando que la concentracion al 1% reduce los riesgos de necrosis cutanea, ulceracion e hiperpigmentación.
La importancia de este manejo es la facilidad de administración además de disminuir costos, daño a los tejidos vecinos, además de la ventaja de ser un procedimiento ambulatorio.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Posterior a esclerosis, se presentó edema de tejidos blandos remitiendo a los 15 días y dolor controlado adecuadamente por analgésicos orales, a los 30 días se observo remisión completa de hemangioma.
Se vigiló durante un año posterior a esclerosis de hemangioma, sin evidencia clinica ni ultrasonografica de recidiva, adecuada calidad de la piel y tejidos, por lo que se realizó cierre quirúrgico de fístula uretrocutánea.

DISCUSIÓN: El hemangioma del glande es un padecimiento extremadamente raro, en el que por lo complejo de la localización no hay tratamiento estándar, y los reportes de casos pediátricos en la literatura son muy escasos.
La escleroterapía con polidocanol al 1% puede ser considerada como una modalidad útil en el tratamiento de hemagiomas de glande en la población pediatrica, por su seguridad al no tener repercusión sistemica como los esteroides y el propranolol y su menor costo y mayor accesibilidad a diferencia de terapias como el laser.

CONCLUSIÓN: Este caso muestra la efectividad de escleroterapia de hemangioma de glande con polidocanol 1%, que si bien se reporta como opción terapéutica entre otras más agresivas, se corrobora la efectividad en cuanto a administración requiriéndose solamente 1 dosis, y rápida respuesta, ya que se observó remisión en tan solo 1 mes. Por lo que consideramos que es una opción terapeútica reproducible y viable en nuestro medio.

CONFLICTO DE INTERÉS: No se ha recibido ningún patrocinio ni apoyo para realizar el presente trabajo, ni implica beneficio económico para el autor o coautor.

PALABRAS CLAVE: sclerotherapy, treatment, glans penis, hemangioma.

CISTITIS EOSINOFÍLICA PSEUDOTUMORAL EN PEDIATRÍA, REPORTE DE CASO

Autor: Dr. Joel Arreola García
Coautores: Dr. Eduardo Vásquez Gutiérrez, Dr. Miguel Ángel García Rodríguez
Dra. Patricia Guadalupe Beltrán Espinoza, Dr. Oscar A. Infante González,
Ponente: Dr. Oscar Alberto Infante González,
Institución: Hospital General de Zona 33, IMSS, Monterrey, N.L.

INFORMACIÓN DE PACIENTE: Femenino de 8 años con diagnóstico de tumoración vesical y hematuria. Antecedentes: Diagnóstico de atopia a los 3 años, manejo a base de antihistamínico y montelukast por 6 meses. Su padecimiento actual inicia en los 6 días previos con dolor suprapúbico, tipo cólico, de intensidad 8/10, se agrega disuria, polaquiuria, tenesmo vesical y hematuria.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: USG abdomino-pélvico muestra una masa solida de 3 x 4 x 4 cm ubicada en techo de vejiga, adyacente a línea media, sin líquido libre. TAC de pelvis simple la cual reporta: Masa pélvica supra vesical de aspecto mixto de 4 a 40 UH, de forma parcialmente redon-deada, pérdida de la continuidad en pared anterior. Biometría hemática: hemoglobina 13.6 g/dl, He-matocrito 38.9%, leu 16900 K/ul, neutrófilos 75.6%, linfocitos 13.5%, monocitos 9.6%, eosinó-filos 1.1%, basófilos 0.2%, plaquetas 444000 K/ul. Examen general de orina: color marrón, densidad urinaria 1.015, pH 6, nitritos positivos, hemo-globina positiva, leucocitos 10-15 por campo, eritrocitos 5-7 por campo, bacterias escasas. Química sanguínea: Glucosa 107 mg/dl, creatinina sérica 0.35 mg/dl, Fosfatasa alcalina 209 U/L, DHL 350 U/L. Se descartó patología anexial, se mane-jaron como diagnósticos de presunción; pólipo vesical descartado al no presentar la clásica ima-gen de tallo estrecho, ureterocele, solo evaluable en la urografía excretora y cistoureterografia y tumoraciones mesenquimales, por ser los tumores predominantes de tejido blando en la edad pediátrica.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: se llevó a cabo Cistoscopía, bajo anestesia general, con paciente en posición de litotomía, dilatación uretral con dila-tadores de Van Buren, introducción de cistoscopio 26fr se localiza lesión y realiza resección más citología por barbotaje y fulguración de lecho quirúrgico. Colocación de sonda de Foley trans-uretral. Hallazgos: se localiza tumor de 2 x 3 cm hacia domo y cara lateral derecha, solido, de bordes definidos, protuyente.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Vigilancia post-quirúrgica, manejo con monoterapia antibiótica y analgésico, retiro de sonda urinaria tras verificar ausencia de sangrado. Resultado de patología: Infiltrado inflamatorio mixto en lamina propio rico en eosinofilos (>30 por campo de gran aumento). Edema y congestión capilar, urotelio sin altera-ciones. Hallazgos compatibles con cistitis eosinó-fílica. Se instaura tratamiento a base de loratadina 10 mg cada 24 horas y prednisona 0.5 mg/k/dia en una sola toma por 1 mes, además montelukast 5mg cada 24 horas por 6 meses. Se realiza seguimiento en consulta externa de manera mensual, sin presencia de sintomatología. Control USG a 3 meses de procedimiento sin lesión. Vigilancia cada 6 meses sin recidiva. En el seguimiento a dos años no encontramos persistencia o recurrencia de masa o sintomatología.

DISCUSIÓN: La cistitis eosinofílica es una condi-ción raramente observada en Pediatría, desde su descripción en 1960 en casos en adultos es casi nula la sospecha diagnóstica. Los síntomas inicia-les son difusos e inespecíficos: disuria, pola-quiuria, hematuria, tenesmo vesical, que subyacen en su trasfondo inflamatorio, es más común encontrar síntomas irritativos e infecciosos en niños mayores y la presencia de masa palpable en menores. Los exámenes de sangre pueden ser útiles si se conjuga la eosinofilia más historia per-sonal de alergias o atopia (relación 50%). Los exámenes de imagen son pilar fundamental para el abordaje, la evaluación histopatológica constitu-ye la herramienta diagnostica definitiva.

CONCLUSIÓN: El presente caso sigue la línea de los varios encontrados en la literatura, confirmando así la poca sospecha diagnóstica de la patología. El tratamiento médico sigue teniendo como base la regresión del proceso inflamatorio, aun sin esta-blecer un estándar en el mismo. El tratamiento médico se llevó a cabo conforme la literatura exis-tente, siendo una variante el uso de Montelukast por un periodo prolongado. Hay pocos reportes de su utilización siendo una variable por investigar en futuros casos como parte de un tratamiento estan-darizado que puede influir en la no recidiva de la patología en el tratamiento futuro de pacientes.

CONFLICTO DE INTERÉS: El autor no reporta conflicto de intereses. Se autoriza por familiar uso de datos referentes al paciente con consentimiento informado.

CARACTERIZACIÓN DEL TRAUMA PEDIÁTRICO QUIRÚRGICO EN UN HOSPITAL GENERAL DE ALTA COMPLEJIDAD ENTRE 2011 Y 2014

Autor y Ponente: **Dra. Daniella Chacón Valenzuela**
Coautores: **Dr. Juan Pablo Luengas, Dr. Luis Carlos Rincón, Dra. Catalina Correa**
Institución: **Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.**

FUNDAMENTO: Realizamos un estudio descriptivo para caracterizar el trauma pediátrico y así contribuir al desarrollo de mejores programas de manejo y prevención.

PROPÓSITO: Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de trauma pediátrico que requirieron manejo quirúrgico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio realizado en un hospital general de alta complejidad que pertenece al sistema de salud de las Fuerzas Armadas. El grupo de trabajo se compone de cirujanos pediatras con 20 y 10 años de experiencia, docentes universitarios, y un residente de último año. Se incluyeron 380 pacientes entre 0-15 años atendidos en el Hospital por haber sufrido algún tipo de trauma, que contaban con historia clínica completa y los datos necesarios para realizar el estudio. La información se extrajo de forma retrospectiva mediante un formato de recolección de datos, se digitalizó en Excel versión 2010, y se utilizó el programa SPSS para el análisis estadístico.

RESULTADOS: Se registraron 380 casos, 57% de sexo masculino. El tipo de trauma con mayor frecuencia fue *caída* con un 40%; hubo sospecha de maltrato infantil en el 10% de los casos. El 98,7% requirieron estancia hospitalaria, 13% en unidad de cuidado intensivo. Dos tercios (67%) requirieron cirugia por el tipo de trauma. La mortalidad fue 0,5%

DISCUSIÓN: El trauma es la principal causa de mortalidad en niños en los países desarrollados. Pocas publicaciones se han realizado con respecto a este tema en Colombia. En el estudio realizado se encontraron resultados similares a lo reportado en la literatura mundial con algunas diferencias de acuerdo con el contexto social de nuestro país. Se encontró que el maltrato infantil estuvo relacionado con el trauma en un 10% de los casos, y en estos casos hubo relación con el requerimiento de cirugía y estancia en unidad de cuidado intensivo (p= 0,003). La mortalidad es similar a la de estudios en países desarrollados.

CONCLUSIONES: La epidemiología del trauma atendido en nuestro hospital es similar a la reportada en otras ciudades de Colombia y en países desarrollados. La mayoría de los pacientes requieren algún tipo de intervención quirúrgica. Es importante valorar la posibilidad de maltrato infantil en estos pacientes. Los resultados favorables en cuanto a mortalidad se relacionan con la atención del trauma pediátrico por equipos experimentados y en centros de alta complejidad

No hay conflicto de interés.
Palabras Claves: Trauma, Pediatría, Cirugía

TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO. "10 AÑOS DE EXPERIENCIA

Autor: Dra. Gabriela Ambriz González
Coautores: Dra. Cristina Rodríguez Ortega, Dr. Jorge Alberto Mujica Guevara, Dr. Pedro Berrones Moreno, Dra. Jessica Yarza Fernández
Ponente: Dra. Jessica Yarza Fernández
Institución: Hospital de Pediatría Centro Médico de Occidente, IMSS, Guadalajara

El trauma es una de las principales causas de muerte en niños lo que ocasiona múltiples discapacidades y secuelas. El trauma contuso representa el 90% de las causas en niños, con el avance en los métodos diagnósticos de imagen se favorecido el tratamiento conservador con el único objetivo de preservar el órgano afectado Por tal se establece la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la frecuencia del trauma abdominal cerrado en niños en un Hospital Pediátrico Terciario?. El objetivo es revisar la frecuencia y los resultados en el manejo de pacientes con trauma contuso de abdomen (hepático, esplénico y renal) y detectar factores asociados al fracaso del manejo conservado. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se desarrolló un estudio descriptivo, el universo de trabajo fueron los expedientes de caso consecutivos de niños con diagnóstico de trauma abdominal (hepático, esplénico y renal), de enero del 2007 a diciembre del 2016. Criterios de inclusión: a) Expedientes de pacientes con traumatismo abdominal cerrado (hígado, esplénico, renal) b) Expe-diente clínico completo. Criterios de no inclusión: a) Expedientes incompletos b) Pacientes que hayan sido sometidos a cirugía en otra unidad c) Paciente con traumatismo penetrante de abdomen. d) Pacientes con manejo hospitalario inicial en otra unidad . Variables Independientes: Trauma abdominal cerrado. Variables Independientes: Distribución de órganos lesionados, mecanismo de lesión, estudios de imagen, principal órgano afectado, factores de fracaso al tratamiento conservador, días de estancia intrahospitalaria. Variables intervinientes: Edad, género, lugar de residencia. El trabajo fue liderado por cirujanos certificados uno de 20 años de experiencia y otro de 15 años y residente en periodo de formación del ultimo año. Este trabajo obtuvo autorización por el comité de investigación. **ASPECTOS ESTADÍSTICOS**: Para la estadística descriptiva utilizamos medidas de tendencia central (media aritmética y mediana), mientras que las medidas de dispersión (desviación estándar y rangos intercuartilares), en función de la curva de distribución de los datos. Para la estadística inferencial de variables cualitativas mplearemos prueba de Chi^2, mientras que para variables cuantitativas se utilizará prueba de T Student o U de Mann Whitney, en función de la curva de distribución. Los datos se capturaron en el paquete Microsoft Excel 2010. Los resultados se presentarán en tablas y gráficos. **RESULTADOS:** Del periodo comprendido del 1º de Enero del 2007 al 31 de Diciembre del 2016, se presentaron 269 pacientes con traumatismos que ingresaron al Departamento de Cirugía Pediátrica, 161 pacientes con trauma de abdomen, y de estos 115 corresponden a trauma contuso de abdomen (renal, esplénico y hepático); se excluyeron 11 por no cumplir criterios. Se analizaron un total de 104 expedientes. La distribución de la etiología del traumatismo de los pacientes fue la siguiente: Caídas en el 25.9%, seguida por accidente automovilístico en el 25%, atropellamiento en el 16.3%, accidente en bicicleta en el 16.3%, accidente en moto en el 11.5% y otros en un 4.8% . El método de estudio de imagen utilizado para realizar el diagnóstico de inicio fue el ultrasonido en el 6.7% (n=7), tomografía simple en el 72.1% (n=75) y tomografía contrastada en el 21.1% (n=22). El traumatismo presentado con mayor frecuencia, fue el traumatismo renal en el 36.5% (n=38), seguido por traumatismo esplénico con 26.9% (n=28), trauma abdominal mixto en 19.2% (n=20) y trauma hepático en 17.3% (n=18). Se trataron de manera conservadora 80.8% de los casos y un 19.2% ameritaron tratamiento quirúrgico. Se encontró que de los pacientes manejados de manera conservador, la mayoría corresponde a traumatismos renales con 41.6% (n=35), y de los pacientes que requirieron manejo quirúrgica la mayoría correspondió a traumatismo mixto y traumatismo hepático en un 35% (n=7), cada uno. Los grados de lesión se clasificaron con un grado IV en un 50% (n=10) y grado V en un 25% (n=5), grados II y III con 15% (n=3) y 10% (n=2) respectivamente. Todos los pacientes contaron como criterio para tratamiento quirúrgico la inestabilidad hemodinámica; en los casos de los Pacientes con grado II y III, correspondieron a pacientes con traumatismo mixto y hepático. Solo un caso correspondió a un paciente con traumatismo esplénico grado II, sin traumatismo agregado, sin embargo con persistencia de descompensación hemodinámica, ameritando cirugía al 3er día de estancia hospitalaria. Solo dos pacientes presentaron comorbilidad, un paciente con Hemofilia A y traumatismo hepático grado II, y un paciente con trauma esplénico grado I y riñón supernumerario, ambos manejados de manera conservadora, sin afectar evolución. El 52% (n=54) de los pacientes presentaron traumatismos agregados de diferentes localización, siendo el principal traumatismo craneoencefálico y contusión pulmonar en diferentes grados. Del total de pacientes, solo el 24% (n=25) ameritaron estancia en UTIP. El 76% (n=79) mantuvo vigilancia en piso de cirugía pediátrica. Posterior a su egreso, el 75% (n=78) se revaloró por consulta externa, y en el 58.6% (n=61) presentaron estudio de control.**DISCUSIÓN:** Traumatismos abdominales es la tercera causa de muerte en esta población, sólo después de trauma craneoencefálico y torácico. Según la literatura, la mayoría de los traumas son secundarios a lesiones contusas, 40% por accidentes automovilísticos, 36% caídas, asociados en 75% a traumatismo craneoencefálico severo. En la población estudiada se observa con mayor frecuencia, como etiología, las caídas,

EXPERIENCIA DE TRAUMA PEDIÁTRICO EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autor: **Dr. Jaime Orozco Pérez**
Coautores: **Dr. Luis Gerardo Padilla Meza, Dr. Guillemo Yanowsky Reyes, Dr. Sergio Adrián Trujillo Ponce**
Ponente: **Dr. Luis Gerardo Padilla Meza**
Institución: **Antiguo Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, Jal.**

INTRODUCCIÓN: El niño politraumatizado es, por definición, un paciente evolutivo y es importante realizar exploraciones periódicas para detectar problemas diferidos como el sangrado de lesiones intraabdominales o progresión de hematomas intracraneales. El traslado se realizará al hospital más adecuado, generalmente un centro de tercer nivel y conel paciente lo más estable posible. Las unidades de referencia en asistencia al traumatismo pediátrico son equipos multidisciplinares de profesionales que incluyen a todos los profesionales que puede requerir un niño politraumatizado. Se recomienda, en nuestro medio, un pediatra intensivista o cirujano pediatra, con la formación adecuada para realizarla estabilización inicial y que coordine al resto de especialistas en la atención integral y multidisciplinaria al niño politraumatizado.

PROPÓSITO: Evaluar la experiencia en el abordaje del paciente politraumatizado Pediátrico en una unidad hospitalaria de tercer Nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo, realizado en un periodo de enero 2016 a diciembre 2017 en un hospital de tercer nivel destinado a la atención pública. Donde se incluyeron 110 pacientes de ambos sexos, menores de 14 años que sufrieron algún tipo de traumatismo que requirió de atención medica quirúrgica. Se excluyeron pacientes cuyos expedientes se encontraron incompletos de acuerdo a las variables a evaluar. Recolectando información de expediente clínico de todos los pacientes ingresados al Servicio de Cirugía Pediátrica. Se evaluó edad por grupos etarios, distribución por sexo, mecanismos de lesión, tipo de lesión, tipo de manejo del paciente, lesión de trauma cervical, lesión torácica, trauma abdominal y órgano afectado, ECO FAST, lavado peritoneal, trauma genitourinario, índice de trauma pediátrico y mortalidad en trauma.

RESULTADOS. Escolares son el grupo predominante con 48%, sexo masculino fue el más afectado (69%), el mecanismo de lesión predominante fue por atropellamiento (28%) seguido de choque automotor (24%), el 80% de la muestra presento trauma contuso y de estos el 45% recibió manejo quirúrgico, se presentó en el 24% lesión cervical, de los cuales el 8% presento lesión a vía aérea que requirieron de cirugía (reparación traqueal en un caso y vascular en otro), solo un 45% tuvo trauma de tórax, predominando la contusión pulmonar con 78% y el 63% de los pacientes sufrieron de trauma abdominal, encontrando que el bazo fue el más lesionado en 37%, se realizó ECO-FAST al 75% de los pacientes,La mortalidad se presentó en 7% del grupo de estudio.

DISCUSIÓN: Según nuestra experiencia los escolares y el sexo masculino son los más afectados coincidiendo con la literatura. Los accidentes de tránsito siguen siendo la primera causa de politraumatismo incluso de mortalidad, coincidiendo con la literatura reportada en el país. Los traumas abdominales ocupan el tercer lugar como causa de muerte en los pacientes politraumatizados después de TCE y trauma de tórax pero nuestro estudio el 63%de los pacientes presentó trauma abdominal, esta diferencia implica seguramente varios factores de seguridad preventivos fallidos en nuestra población, el 85% de los traumas abdominales es debido a lesión contuso y solo un 5- 10% presentan lesión intra abdominal siendo los más afectados el bazo e hígado con 33% cada uno, nuestro estudio muestra estadísticas similares con 60% de pacientes con trauma contuso, siendo el bazo el órgano más afectado 37%. La mortalidad estuvo asociada a un menor puntaje de índice de trauma pediátrico (PTS).

CONCLUSION: La experiencia en nuestro hospital con respecto a la incidencia en edad, sexo, mecanismo de lesión muestra estadísticas parecidas a las de la experiencia nacional, El índice de trauma pediátrico se puede utilizar como predictor de mortalidad. **CONFLICTO DE**

INTERÉS: no representa conflicto de intereses para sus autores. **PALABRAS CLAVE:** neumotórax, lavado peritoneal, traumatismo. múltiple, herida

TRAUMA GENITAL Y DEL SISTEMA URINARIO INFERIOR EN PEDIATRÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autor: Dr. Daniel Aguirre García
Coautores: Dr. Efrén Camacho Muñoz, Dr. Omar Sánchez Álvarez, Dra. Marbella Sepúlveda Valenzuela
Ponente: Dra. Marbella Sepúlveda Valenzuela
Institución: Antiguo Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, Jal.

FUNDAMENTO: Actualmente ha habido un incremento en los casos de violencia a nivel nacional en donde los pacientes pediátricos se ven afectados, requiriendo intervenciones mayores en los hospitales, lo que hace necesario conocer nuestra casuística y resultados sobre el tratamiento del paciente con trauma genital y de sistema urinario inferior, los cuales representan del 2% al 10% de los ingresos por trauma a las unidades de urgencias

PROPÓSITO: Presentar nuestra experiencia en el manejo de Trauma Genital y del Sistema Urinario Inferior en pacientes pediátricos en el periodo del 2011-2017.

MATERIAL Y MÉTODOS: A) Escenario: Centro Hospitalario de tercer nivel, público que atiende población abierta así como población con cobertura de Seguro Popular. B) Participantes: Todo paciente pediátrico con lesión genital o del tracto urinario inferior tratado del 2011 al 2017, atendido por el Servicio de Cirugía Pediátrica de nuestro Hospital; C) Intervención: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo; D) Variables: Las variables a presentar son edad, género, tipo y grado de lesión genital y de sistema urinario inferior, manejo, mecanismo de lesión y lesiones a otro órgano asociadas; E) Recolección de la información: Se llevó a cabo por revisión de expedientes de la institución de los pacientes que ingresaron al Hospital con algún grado de lesión genitourinaria según la clasificación de la American Association for the Surgery of Trauma.

RESULTADOS: Se atendieron 46 pacientes con lesiones a genitales externos y sistema urinario inferior, de los cuales un 83% fueron del género masculino (38) y un 17% femenino (8); el grupo de edad con mayor número de afectados fue el de 5-9 años de edad (53%), las lesiones a genitales y sistema urinario inferior presentadas en estos pacientes fueron en 12 pacientes a escroto (26%) 3 de grado I, 2 de grado II, 4 de grado III, 2 de grado IV, y 1 de grado V. 10 pacientes presentaron lesión a uretra (22%) de II, III, IV "y" V grados, en 1, 3, 3 y 3 pacientes respectivamente. 9 pacientes (19%) de los cuales fueron 2 de grado I, 4 de grado II y 3 de grado III. Las lesiones traumáticas en vulva fueron en 6 casos (13%) de las cuales 1 fue de Grado I, 1 grado II, 2 fueron grado III y 2 grado V. Los traumas a vejiga se presentaron en 4 pacientes (9%) los cuales fueron grado I. El trauma en vagina representó el 7 % con tres pacientes los cuales fueron grado V. Se documentó trauma testicular en 2 pacientes (4%); 1 grado II y 1 grado V. El tratamiento otorgado en nuestros pacientes fue en un 94% (46) manejo quirúrgico, y un 6% (3) fue manejo conservador. El tipo de trauma fue de predominio contuso en 42 pacientes (91%) contra penetrante en 4 de los pacientes (9%). Las lesiones asociadas a otros órganos se presentaron en un 28% principalmente a sistema músculo esquelético.

DISCUSIÓN: La conducta con las lesiones genitales y de sistema de Urinario inferior es la hospitalización, la reparación precoz, lo más anatómicamente posible, extrayendo todos los tejidos desvitalizados, recurriendo a colgajos vitales, en algunas ocasiones requerirán de cistotomía o según lo extenso de lesión perianal acompañada de colostomía, como derivación, para evitar la humedad, maceración, o el contenido fecal, durante el tiempo que requiera curación de heridas y sitio de lesión.

CONCLUSIÓN: El manejo de trauma representa un reto para el cirujano pediatra, considerando importante el clasificar los grados de lesiones genitales y de sistema genitourinario inferior para así determinar el manejo inicial y oportuno, respuesta al mismo, toma de decisiones; así como conocimiento y manejo de las complicaciones, para una intervención oportuna y adecuada.

CONFLICTO DE INTERESES: No hay conflicto de intereses. PALABRAS CLAVE: Trauma, Escroto, Vulva, Pene.

SUSTITUCIÓN VAGINAL CON DIVERTÍCULO DE MECKEL. REPORTE DE CASO

Autor: Dra. Karla Alejandra Santos Jasso
Coautores: Dr. Rodrigo Prado Vázquez, Dra. Maria Antonieta Cabrera Hernández, Dr. Jorge Enrique Maza Vallejos
Ponente: Dr. Rodrigo Prado Vázquez
Institución: Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Femenino de 1 año 9 meses con antecedentes de Tetralogía de Fallot, malformación anorrectal tipo cloaca y operado de colostomía de dos bocas (05.08.16). Clínicamente con periné con un solo orificio con salida de orina y a referencia de la madre al nacer salida de meconio.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Se realiza exploración bajo anestesia + cistoscopía diagnóstica: canal común de 2 cm, se observan dos orificios que corresponden anterior a uretra y posterior recto. Tomografía con contraste en estoma distal y canal común, corroborando ausencia de vagina, con canal común de 2.6 cm. Ultrasonido renal sin alteraciones.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Se programa descenso del seno urogenital: se realiza incisión sagital posterior movilizamos recto hasta tener longitud suficiente para el descenso, hay ausencia de vagina, se moviliza uretra hasta avanzar el meato uretral, posterior al clítoris, se realiza incisión abdominal tipo Pfannenstiel, encontrándose remanente uterino (0.8 x 0.8 mm) y ovario izquierdo; se reseca remanente uterino y se envía a patología, se observa segmento de recto sigmoides solo irrigado por un solo vaso arterial, por lo cual se descarta para utilizar éste segmento para remplazo vaginal, se explora intestino delgado encontrándose divertículo de Meckel a 30 cm de la válvula ileocecal, de diámetro aproximado 2.5 cm y longitud aproximada 8 cm, la biopsia transoperatoria de dos sitios de la base y extremo distal del divertículo reportan ausencia de mucosa gástrica, pancreática ó colónica ectópica. Se secciona el divertículo y 3 cm adicionales de intestino continuo, para completar la tubularización, con este segmento y conservación de irrigación arterial, se realiza reemplazo vaginal, con cierre proximal (fondo de saco ciego), y con el distal se realiza introitoplastia vaginal, se anastomosa meato uretral, vaginoplastia y reconstrucción rectal previa estimulación del complejo muscular, con vicryl 4/0 puntos separados.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Buena evolución clínica, completó programa de dilataciones anales con dilatador Hegar #14 (correspon-diente para la edad; a los dos meses posqui-rúrgicos se realizó restitución del tránsito intestinal. Actualmente, se encuentra asintomática, con evacuaciones 5 veces por día, no ha requerido de tratamiento con laxantes. Sin sangrado transvaginal. Ya recibió reconstrucción cardiaca de la tetralogía de Fallot. La vagina se observa amplia sin estenosis en la vaginoscopía de control.

DISCUSIÓN: El divertículo de Meckel es un saco ciego en el intestino, el cual resulta de una obliteración incompleta del conducto vitelino durante la 5ta semana de gestación. Es la malformación congénita más frecuente del tracto gastrointestinal y puede tener mucosa ectópica que generalmente se encuentra cerca de la punta, siendo la mucosa gástrica la más común. En la actualidad existen múltiples tejidos que se han utilizado para remplazo vaginal el éxito de la sustitución depende de la irrigación distal del segmento intestinal, presentando múltiples complicaciones como son las estenosis que requieren la necesidad de dilataciones, introito plastías, con acortamiento del injerto y dispareunia. Siento el Meckel con adecuada longitud y de diámetro adecuado, este segmento ofrece la irrigación de un vaso nutricio exclusivo para este segmento y permite irrigación adecuada distal, con menor posibilidad de estenosis.

CONCLUSIÓN: Presentamos el caso de paciente con malformación anorrectal tipo cloaca en quien la longitud del sigmoides era insuficiente para la realización de la neovagina; se utilizó divertículo de Meckel manteniendo su irrigación con adecuados resultados estéticos y funcionales, por lo que puede ser considerada una opción en caso de comprobar la ausencia de mucosa ectópica.

CONFLICTO DE INTERÉS. Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés. **PALABRAS CLAVE.** Malformación anorrectal tipo Cloaca, sustitución vaginal, divertículo de Meckel, anorrectoplastía sagital posterior.

REIMPLANTE LICH GREGOIR ABIERTO VERSUS LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON REFLUJO VESICOURETERAL PRIMARIO, ¿CUÁL ES EL BENEFICIO DE LA MÍNIMA INVASIÓN?

Autor: Dr. Sergio Landa Juárez
Coautores: Dra. Bárbara María Yolanda Rivera Pereira, Dr. Gabriel Terán Sánchez
Ponente: Dra. Bárbara María Yolanda Rivera Pereira
Institución: Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional SXXI, IMSS, Ciudad de México

FUNDAMENTO: (justificacion/originalidad): El tratamiento óptimo del reflujo vesicoureteral es controversial. Cuando los pacientes son candidatos a manejo quirúrgico, el estándar de oro, lo constituye el reimplante vesicoureteral abierto. En el nuevo siglo la proporción de reimplantes laparoscópicos ha incrementado. Los resultados con la ureteroneocistostomía Lich-Gregoir laparoscópica observan una alta tasa de resolución del reflujo y bajo índice de complicaciones. A pesar de la mayor practica laparoscopia en la última década para el tratmiento del reflujo vesicoureteral, no existen estudios comparativos donde se analicen los resultados entre el reimplante Lich- Gregoir abierto contra el laparoscopico.

PROPÓSITO: (pregunta/objetivo del estudio) ¿cuáles serán las diferencias en estancia hospitalaria, presencia de complicaciones y porcentaje de éxito entre el reimplante Lich-Gregoir laparoscópico y el reimplante Lich- Gregoir abierto?

MATERIAL Y MÉTODOS: se lleva a cabo en un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de México. Los procedimientos quirúrgicos se realizaron por cirujanos expertos con participación de residentes en proceso de formación. Se trata de un estudio transversal analítico retrolectivo de pacientes en los que se realizó reimplante ureterovesical por vía abierta o laparoscopía con la técnica de Lich-Gregoir del año 2013 al 2017. Las indicaciones del tratamiento estuvieron de acuerdo con las guías de la sociedad europea de urología. Las variables independientes fueron abordaje (abierto o laparoscópico) y las dependientes: tiempo quirúrgico, conversión a cirugía abierta, días de analgésico opioide, fistula urinaria, ileo postoperatorio, retención urinaria, obstrucción ureterovesical, infección urinaria, infección de herida quirúrgica, estancia hospitalaria (EH) y éxito del procedimiento (definido como la ausencia de reflujo vesicoureteral en el cistograma miccional postquirúrgico). La muestra fue no probabilística de casos consecutivos y para expresar los resultados se utilizó estadística descriptiva. Para determinar las diferencias entre los dos grupos se empleó prueba de Chi cuadrada.

RESULTADOS: se estudiaron 68 pacientes, 27 pertenecieron al grupo Lich-Gregoir abierto (LGA) y 41 al grupo Lich- Gregoir laparoscópico (LGL). No existió diferencia estadística en el tiempo quirúrgico (LGA media 120 min y LGL media 180 min.). La media de estancia hospitalaria fue de 3 días en el grupo LGA versus 4 días para LGL. Las complicaciones postquirúrgicas observadas en el grupo LGA versus LGL fueron: ileo postquirugico (3.7% vs 4.9%), hematuria (7.4% vs 4.9%), infección urinaria (3.7% vs 4.9%) y fuga urinaria (0 vs 2.4%). El éxito del procedimiento abierto fue en 23/27 casos (85.2%) y del laparoscópico 37/41 casos (90.2%), sin diferencia significativa entre ambos grupos (p= .703). Únicamente un paciente con reimplante ureterovesical bilateral del grupo abierto presentó retención urinaria postquirúrgica. Un caso del grupo abierto presentó reflujo contralateral (3.7%) y 3 casos (7.3%) del grupo LGL.

DISCUSIÓN: estadísticamente no hubo significativas diferencias entre el abordaje abierto y laparoscópico en cuanto a estancia hospitalaria, presencia de complicaciones (p=.960) y éxito del procedimiento (p=.703). El porcentaje de menores tasas de éxito en relación a lo reportado en otras series, creemos es consecuencia del alto grado reflujo en ambos grupos (55.5% en LGA y 68.38% en LGL) y anatomía ureterovesical compleja presente en 51.8% de los casos del LGA y 26.8% en el grupo LGL.

CONCLUSIONES: El abordaje laparoscópico extravesical Lich-Gregoir mostró resultados similares a los obtenidos mediante la cirugía abierta en relación a la corrección del reflujo y compliaciones. Aunque debe considerarse como una opción factible y segura para el tratamiento del reflujo, no ofrece diferencia significativa en comparación a la cirugía tradicional.

Conflicto de interés: ninguno
Palabras clave: Reflujo vesicoureteral, Laparocopía, procedimientos quirúrgicos, pediatría

EXPERIENCIA EN ESTENOSIS DE URETRA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS. SERIE DE CASOS

Autor y Ponente: **Dr. Juan Alejandro Tovar Sánchez**
Coautores: **Francisco Javier Espinoza Carrillo**
Institución: **Hospital Infantil del Estado de Sonora, Hermosillo, Son**

FUNDAMENTO: La estenosis de uretra es una entidad patológica de difícil manejo, por las complicaciones y recidivas que conlleva, por lo que describimos la experiencia de 10 años sobre esta patología.

OBJETIVO: Realizar un análisis descriptivo de los pacientes con estenosis de uretra en 10 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Este estudio se llevó a cabo en un centro hospitalario de segundo nivel ubicado en provincia, perteneciente al servicio de salud pública. Realizado por un urólogo pediatra con 15 años de experiencia, así como un residente de cirugía pediátrica.
Participantes: Se incluyeron a todos los pacientes pediátricos con diagnóstico de estenosis de uretra en un período que abarca de noviembre del 2006 a noviembre 2016.
Recolección de la información: Estudio descriptivo y retrospectivo.
Variables: Se analizaron la edad al diagnóstico, causa, tratamiento quirúrgico empleado, sitio de la estenosis de uretra, complicaciones postquirúrgicas inmediatas, número de procedimientos por paciente, número de procedimientos realizados y recidiva de la estenosis.
Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo de la información por medio de frecuencia y porcentaje de las variables analizadas, utilizando el programa Microsoft Excel versión 2010.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Se incluyeron 13 pacientes con diagnóstico de estenosis de uretra, todos del sexo masculino, la edad media de 5 años (1 –17 años), la edad de mayor frecuencia entre 1 a 4 años con 46.2%. La etiología post traumática con un 46.2%, hipospadias 38.5%, malformación ano rectal 7.7% y uretritis en 7.7%. De la post traumática 66.6% por cateterización uretral y 33.3% por fractura de pelvis. Los sitios de estenosis fue peneana y bulbar con 38.5% cada una, membranosa 15.4% y prostática 7.7%. Se realizó un total de 56 procedimientos, el más frecuente la dilatación uretral en un 37.5 %, la uretrotomía con láser 21.4%, uretrotomía interna con corte frío 19.6%, Uretroplastía abierta 7.1%, electrofulguración 5.4 % y otros procedimientos 8.9%, que incluyeron cistotomías y vesicostomias. En 5 pacientes (38.5%) se realizó un solo procedimiento que fueron 2 de ellos dilataciones, 2 uretrotomía interna con corte frío y una uretrotomía con láser, sin reporte de recidivas. Se presentó recidiva de la estenosis posterior a tratamiento en 32 procedimientos (57.1%). Las recidivas se presentaron en el 52.4% de las dilataciones uretrales, 75% de las uretrotomía con láser, 72.7% de las uretrotomía con corte frío, 66.6% de las electrofulguraciones y 50 % de las uretroplastías abiertas. Cabe mencionar que los pacientes con dilataciones el 90.4% recibieron otro procedimiento previo y en 9.6% recibieron solo la dilatación uretral. La complicación inmediata en el postquirúrgico se presentó en 2 pacientes (15.4%) con infección de vías urinarias. La mayor cantidad de procedimientos realizados en un paciente fueron 14, otro paciente se le realizaron 9 y en dos pacientes 8 procedimientos.
La estenosis de uretra es una patología con un difícil tratamiento por el alto índice de recidivas, aunque pocas complicaciones. La etiología es variable sin embargo se concuerda con lo reportado en la literatura siendo las causas más frecuentes post traumática, por cateterización de la uretra y secundario a hipospadias. El tratamiento de esta patología es muy variable y se requiere amplia experiencia en los distintos tipos de manejo que van desde los tratamientos endoscópicos hasta la cirugía abierta. La recidiva es la complicación más frecuente independientemente del tipo de tratamiento usado.
Palabras Clave: estenosis de uretra, láser, traumática, cateterización urinaria

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON TUMOR DE WILMS ASOCIADO A SÍNDROMES GENÉTICOS, BILATERALES Y/O HEREDOFAMILIARES

Autor y Ponente: **Dra. Daniella Chacón Valenzuela**
Coautores: **Dr. Galo Veintemilla, Dr. Juan Pablo Luengas, Dra. Catalina Correa**
Institución: **Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia**

FUNDAMENTO: El tumor de Wilms es el tumor renal maligno más fuente en niños; está asociada a síndromes congénitos en un 10% y el 4-7% son bilaterales. Estos últimos tienen una biología tumoral diferente por lo cual es importante conocer las características clínicas y sociodemográficas de estos pacientes con el fin de ofrecer un mejor tratamiento y pronóstico.

PROPÓSITO: Describir las características clínicas y sociodemográficas de un grupo de pacientes con tumor de Wilms bilateral, extrarrenal, asociado a síndrome genético y/o heredofamiliar.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó el estudio en un hospital público general de alta complejidad; centro de remisión para el manejo de pacientes con cancer en la capital del país. Grupo de investigación compuesto por cirujanos pediatras oncólogos con más de 20 años de trayectoria en el manejo de cancer infantil quirúrgico y residente de quinto año de la especialidad. Se incluyeron en el estudio pacientes entre 0-18 años atendidos en el hospital con diagnóstico de tumor de Wilms que tuvieran diagnóstico de una patología genética, fueran bilaterales; heredofamiliares y se incluyo un caso raro de origen extrarrenal. No es un estudio de intervención. La información fue extraída de manera retrospectiva de historias clínicas mediante un formato de recolección de datos. La muestra recogida fue de 17 pacientes los cuales cumplían con los criterios de selección. Los datos fueron digitalizados en Excel y se analizaron con SPSS. Las variables cuantitativas se determinaron mediante frecuencias absolutas y relativas. Las variables cualitativas se determinaron mediante T de Student, según la distribución de la normalidad de las variables numéricas, y Chi cuadrado y Prueba exacta de Fischer según su número para las variables categóricas, con un intervalo de confianza del 95% y un error ∞ de 0,05.

RESULTADOS: En un periodo de 20 años, se atendieron 134 pacientes con diagnóstico de tumor de Wilms. 17 pacientes cumplían los criterios de inclusión. 6,7% tenían un síndrome genético asociado, 8,2% eran bilaterales, un caso heredofamiliar y 1 caso de localización extrarrenal. De los 9 casos con síndrome genético asociado, 5 se presentaron con tumor bilateral. El diagnóstico se hizo antes del primer año en el 35,2% de los casos. Únicamente el 29,4% de la muestra tuvo valoración y consejería genética. Adicionalmente se encontró que el 47% tenían anomalías asociadas.

DISCUSIÓN: Se reconoce que el tumor de Wilms está asociada a diferentes síndromes genéticos con presentación clínica y factores de riesgo variables. En la literatura no hay muchos estudios realizados sobre este tema en particular. Se encontró una prevalencia de síndromes genéticos mayor que lo reportado sin embargo estos incluyen la presencia de anomalías menores. Una diferencia encontrada en nuestro estudio es que se realizó el diagnóstico igual que en el Wilms clásico y el diagnóstico genético posterior al diagnóstico del tumor lo cual empeora el pronóstico en este tipo de pacientes.

CONCLUSIONES: Todos los pacientes con tumor de Wilms asociado a síndrome genético, que sean bilaterales y/o heredofamiliares deben tener valoración por genética; igualmente todos los pacientes con síndromes genéticos los cuales están asociados a tumor de Wilms deber tener un seguimiento clínico y ecográfico más estrecho con el fin de optimizar el diagnóstico y mejorar el pronóstico.

Palabras Claves: Tumor de Wilms, Síndromes, Bilateral.

CONFERENCIA MAGISTRAL INVITADO NACIONAL
EL PROFESIONALISMO MÉDICO, EN LA ENSEÑANZA DE LA CIRUGÍA PEDIÁTRICA
Propuesta para egresar de nuestras Instituciones, cirujanos pediatras de excelencia.

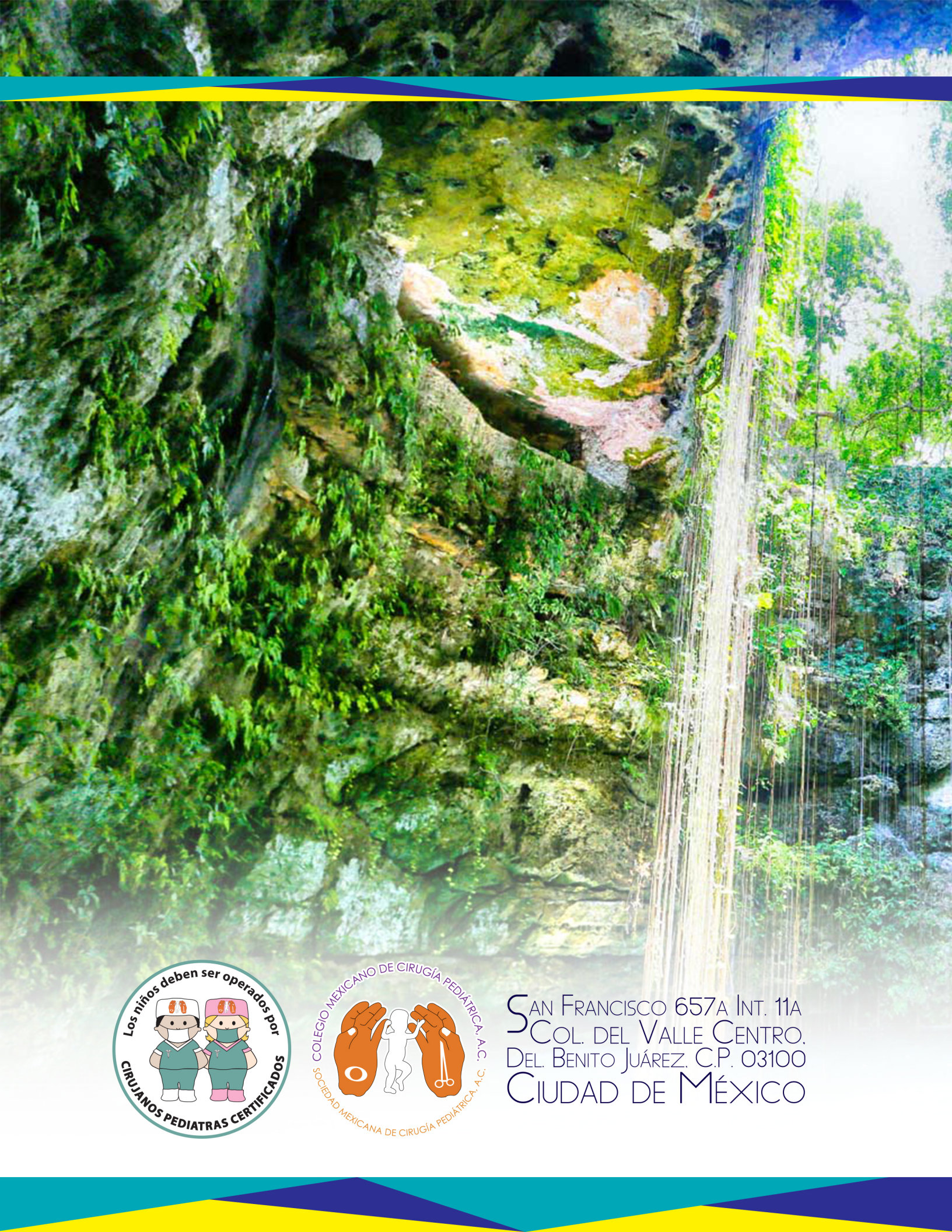
Autor: **Dr. Humberto Galicia Negrete**
Cancún, Quintana Roo, México.

LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA MEDICINA. El médico y el ejercicio de la medicina se enfrentan actualmente en todas las culturas y sociedades con conflictos que amenazan sus principios y destruyen el contrato social que los sustentan. Cuáles son las causas de esta crisis: La explosión tecnológica con el incremento desproporcionado en costos, en México el incremento porcentual de participación de las instituciones privadas, problemas de accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud , y la globalización con el drástico cambio de filosofía en los fines de la humanidad. Estos cambios operan como condicionantes de esta situación social denominada "La deshumanización de la Medicina", transformándola de ser una noble profesión en un simple oficio, al servicio de intereses particulares y/o corporativos y ha generado, desconfianza que erosiona la Relación Médico-Paciente y una creciente insatisfacción y frustración de los médicos frente a los cambios de sistemas de salud gerenciado que les impide ofrecer a los pacientes una atención de calidad con plena accesibilidad al progreso científico y tecnológico. Aun cuando se reconoce que el problema es multifactorial la comunidad médica ha planteado diversas estrategias para corregir deficiencias en la formación de los médicos, y una de las más importantes ha sido el reconocer la necesidad de que los conceptos relevantes del profesionalismo médico deben incluirse de una manera explícita en el proceso educativo de las escuelas de medicina , en el posgrado y en el desarrollo profesional continuo. Estas estrategias nos inducen a esperar y confirmar que nuestros residentes de la especialidad realizarán una preparación en **Cirugía Pediátrica de Excelencia** cuando hallamos garantizado que su formación no solamente fue optima en conocimientos, habilidades y destrezas, sino que se fortaleció a través del aprendizaje y consolidación de los atributos del Profesionalismo Medico: responsabilidad, altruismo, honestidad, respeto , y amabilidad con los cuales el ejercicio medico de nuestros egresados será considerado en cualquier escenario nacional o internacional en nivel profesional de alta calidad.

EL PROCESO DE BOLONIA "La experiencia de la Comunidad Económica Europea en la modernización de la Educación Médica". Inicio en 1998, con el propósito de armonizar la educación superior en Europa para permitir la movilidad de estudiantes y profesores, adoptando un sistema de titulación comparable y comprensible a través de un Sistema de Europeo de Transferencia de créditos, (ECTS). Sin embargo han avanzado más allá de aspectos estructurales de equivalencia y validación de títulos entre los países participantes y han realizado cambios en el paradigma de la educación: Pasando de un proceso de **enseñanza centrado en el docente** a un proceso de **aprendizaje centrado en el alumno**. De una educación basada en los **procesos**, a una educación orientada a los **resultados o competencias,** con la necesidad de efectuar un sistema eficiente para **evaluar estas competencias.** Hoy en día se considera que el aprendizaje es un proceso **constructivista, auto dirigido, colaborativo y contextual.**

Estas premisas tienen implicaciones en el docente:

ahora su papel tiene que ser fundamentalmente de facilitador del aprendizaje y no simplemente de transmisor de conocimientos y que la activación del conocimiento previo facilita la adquisición y el recuerdo de la nueva información. Toda esta corriente mundial de actualización de la carrera de Medicina y sus especialidades nos sitúa en un punto de privilegio para atender este que es un imperativo histórico para actualizar nuestros programas de enseñanza por competencias con alumnos idóneos, incorporando contenidos humanistas para el fortalecimiento del profesionalismo.



Los niños deben ser operados por CIRUJANOS PEDIATRAS CERTIFICADOS

COLEGIO MEXICANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA, A.C.
SOCIEDAD MEXICANA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA, A.C.

San Francisco 657A Int. 11A
Col. del Valle Centro,
Del. Benito Juárez, C.P. 03100
Ciudad de México