

MEMORIAS DEL CONGRESO



LIII CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA, LEÓN, GTO.

CONGRESO VIRTUAL 2021

21 AL 23 DE SEPTIEMBRE

DISEÑO Y FORMACIÓN EDITORIAL:
LIC. D.C.V. ADRIÁN RUIZ SEGURA

MESA DIRECTIVA
SOCIEDAD MEXICANA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA Y
COLEGIO MEXICANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
2019 ~ 2021

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
COORDINADORA
COMITÉ CIENTÍFICO

DR. ANTONIO FRANCISCO GALLARDO MEZA
DR. GERARDO IZUNDEGUI ORDOÑEZ
DR. JOSÉ HUMBERTO VÁZQUEZ JACKSON
DRA. BRENDA YOLANDA MORENO DENOGEAN
DRA. KARLA ALEJANDRA SANTOS JASSO

COMITÉ CIENTÍFICO

DRA. CECILIA CISNEROS GASCA
DRA. ESPERANZA VIDALES NIETO
DRA. KARLA ALEJANDRA SANTOS JASSO
DR. LUIS DE LA TORRE MONDRAGÓN
DR. JUAN CARLOS DUARTE VALENCIA
DR. CARLOS GARCÍA HERNÁNDEZ
DR. FERNANDO GONZÁLEZ LEDÓN
DR. JOSÉ ANTONIO GUTIÉRREZ UREÑA
DR. PABLO LEZAMA DEL VALLE
DR. FRANCISCO ANTONIO MEDINA VEGA
DR. HUMBERTO MURGUÍA GUERRERO
DR. ROBERTO ORTIZ GALVÁN
DR. HÉCTOR PÉREZ LORENZANA
DR. FABIÁN SÁNCHEZ SAGASTEGUI
DR. GUSTAVO TEYSSIER MORALES

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
EDITOR GENERAL

PRESIDENTES DE COLEGIO:

COLEGIO DE CIRUJANOS PEDIATRAS CAPÍTULO CHIHUAHUA	DR. LUIS RICARDO GARCÍA VÁZQUEZ
COLEGIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE JALISCO A.C.	DRA. HERMELINDA ESPINOZA JIMÉNEZ
COLEGIO GUERRERENSE DE CIRUJANOS PEDIATRAS A.C.	DR. IVÁN RAFAEL AGUIRRE VÁZQUEZ
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. HÉCTOR OCTAVIO GUERRA MARMOLEJO
COLEGIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE SAN LUIS POTOSÍ, A.C.	DRA. MARTHA PATRICIA GLORIA CONTRERAS
COLEGIO DE CIRUJANOS PEDIATRAS DEL ESTADO DE MICHOACÁN, A.C.	DR. VÍCTOR MARTÍNEZ BUCIO
COLEGIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE NUEVO LEÓN, A.C.	DR. ROBERTO SALDIVAR PALACIOS
COLEGIO DE CIRUJANOS PEDIATRAS DE YUCATÁN, A.C.	DR. JORGE ALEJANDRO VÁSQUEZ CONTRERAS
COLEGIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL ESTADO DE QUINTANA ROO, A.C.	DR. VALENTE REAL GÓMEZ
COLEGIO DE CIRUJANOS PEDIATRAS DEL DISTRITO FEDERAL A.C.	DR. EDGAR MORALES JUVERA
COLEGIO MEXICANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA-CAPÍTULO HIDALGO	DR. ANTONIO ESPINO CORTES
COLEGIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE NAYARIT, A.C.	DRA. ANA LILIA DE LA PEÑA
COLEGIO DE CIRUJANOS PEDIATRAS DEL ESTADO DE SINALOA, A.C.	DR. VÍCTOR JAVIER ÁVILA DÍAZ
COLEGIO DE CIRUJANOS PEDIATRAS DEL ESTADO DE OAXACA, A.C.	DR. GERARDO LÓPEZ CRUZ
COLEGIO DE CIRUJANOS PEDIATRAS CAPITULO CD.JUAREZ	DR. HUGO STAINES OROZCO
COLEGIO DE CIRUGIA PEDIATRICA DE TABASCO A.C.	DR. GERARDO IZUNDEGUI ORDOÑEZ
COLEGIO DE CIRUJANOS PEDIATRAS DEL ESTADO DE GUANAJUATO, A.C	DR. ALEJANDRO GONZÁLEZ PADILLA

**CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
2020 ~ 2022**

PRESIDENTA

DRA. GABRIELA AMBRÍZ GONZÁLEZ

VICEPRESIDENTE

DR. CARLOS F. MOSQUEIRA MONDRAGÓN

SECRETARIA

DRA. EDNA ZORAIDA ROJAS CUIEL

TESORERA

DRA. ANA LILIA RODRÍGUEZ DE LA PEÑA

COORDINADOR
DEL COMITÉ
DE EVALUACIÓN

DR. MANUEL GIL VARGAS

VOCALES:

CDMX

DR. JOSÉ ALEJANDRO RUIZ MONTAÑEZ

ZONA CENTRO

DRA. SANDRA YASMIN LÓPEZ FLORES

ZONA NOROESTE

DRA. CLAUDIA J. BAÑUELOS CASTAÑEDA

ZONA NORESTE

DR. EDUARDO VÁSQUEZ GUTIÉRREZ

ZONA OCCIDENTE

DRA. ARACELI HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

ZONA ORIENTE

DRA. MA. TERESA CANO RODRÍGUEZ

ZONA SURESTE

DR. VICENTE SÁNCHEZ PAREDES

SOCIEDAD MEXICANA

DR. ANTONIO FRANCISCO GALLARDO MEZA

DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

DR. JOSÉ HUMBERTO VÁZQUEZ JACKSON

EXPRESIDENTES DE LA SOCIEDAD MEXICANA 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 H. RODRÍGUEZ MENDOZA	1978–1980
DR. EDUARDO A. 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 M. TORRES CONTRERAS	1997–1999
DR. FELIPE DE J. DOMÍNGUEZ CHÁVEZ	1999–2001
DR. HÉCTOR M. AZUARA FERNÁNDEZ	2001–2003
DR. HUGO S. STAINES OROZCO	2003–2005
DR. EDUARDO BRACHO BLANCHET	2005–2007
DRA. CARMEN M. 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
DR. ANDRÉS DAMÍAN NAVA CARRILLO	2017–2019

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, N.L.
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, Quintana Roo
XXXII	1999	Aguascalientes, Ags.
XXXIII	2000	Veracruz, Ver.
XXXIV	2001	Manzanillo, Col.
XXXV	2002	Acapulco, Gro.
XXXVI	2003	Cancún, Quintana 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.
LII	2019	Mérida, Yuc.
LIII	2021	Modalidad Virtual

MESAS DIRECTIVAS Y CONGRESOS

MESA DIRECTIVA 1957-1959

PRESIDENTE	CARLOS SARIÑANA NATERA
SECRETARIO	EDUARDO VILLALPANDO DEL VALLE
TESORERO	OSCAR GARCÍA PÉREZ
VOCAL	FRANCISCO LEÓN DÍAZ

MESA DIRECTIVA 1959-1961

PRESIDENTE	DR. JESÚS LOZOYA SOLÍS
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 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

53° CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

2 1 A L 2 3 D E S E P T I E M B R E

MESA DIRECTIVA 1975-1977

PRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
VOCALES POR EL D.F.

NORESTE
NOROESTE
OCCIDENTE
CENTRO
SURESTE

IX REUNIÓN
X CONGRESO

DR. JOAQUÍN AZPIROZ CONTRERAS
DR. HÉCTOR RODRÍGUEZ MENDOZA
DR. EDUARDO A. LÓPEZ DEL PASO
DR. CARLOS DAVID GONZÁLEZ LARA
DR. JORGE ALAMILLO LANDÍN
DR. ARTURO RODRÍGUEZ
DR. GUILLERMO CISNEROS
DR. JORGE CASTAÑÓN MORALES
DR. ARMANDO E. OTERO RÍOS
DR. GILBERTO GARCÍA PINZÓN

HERMOSILLO, SONORA; 1976
MORELIA MICHOACÁN 1977 (PROPUESTA QUE
SE CONVIERTAN EN CONGRESOS POR EL
DR. ADALBERTO GARCIA DE LEÓN MARÍN)

MESA DIRECTIVA 1977-1978

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
VOCALES

XI CONGRESO

DR. JORGE ALAMILLO LANDÍN
DR. HÉCTOR RODRÍGUEZ MENDOZA
DR. ALBERTO PEÑA RODRÍGUEZ
DR. ADALBERTO GARCÍA DE LEÓN MARÍN
DR. OVIDIO PEDROZA CHANFREZU
DR. GIOVANNI PORRAS RAMÍREZ

TAXCO, GUERRERO; 1978 (PRIMER CONGRESO
CON ACTIVIDADES ESPECÍFICAS PARA LAS ACOMPAÑANTES
Y PRIMERAS MEMORIAS IMPRESAS DE TRABAJOS
PRESENTADOS DURANTE EL CONGRESO)

MESA DIRECTIVA 1978-1980

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO

XII CONGRESO
XIII CONGRESO

DR. HÉCTOR H. RODRÍGUEZ MENDOZA
DR. EDUARDO A. LÓPEZ DEL PASO
DR. LUIS MARIO VILLAFÑA GUIZA
DR. NICOLÁS MARTÍN DEL CAMPO

OAXACA, OAXACA; SEPTIEMBRE DE 1979
ACAPULCO, GUERRERO; SEPTIEMBRE DE 1980

MESA DIRECTIVA 1980-1982

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
COMITÉ DE EDUCACION
MÉDICA CONTINUA

XIV CONGRESO
XV CONGRESO

DR. EDUARDO A. LÓPEZ DEL PASO
DR. BENIGNO ARREOLA SILVA
DR. CÉSAR SALAZAR JUÁREZ
DR. MIGUEL VARGAS GÓMEZ
DR. ANDRÉS DE ALBA GONZÁLEZ

MÉRIDA, YUCATÁN, SEPTIEMBRE DE 1981
IXTAPAN DE LA SAL SEPTIEMBRE DE 1982

MESA DIRECTIVA 1982-1984

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
COMITÉ EDUCACIÓN
MÉDICA CONTINUA

XVI CONGRESO
XVII CONGRESO

DR. BENIGNO ARREOLA SILVA
DR. ALBERTO PEÑA RODRÍGUEZ
DR. J. JESÚS ÍÑIGUEZ ÍÑIGUEZ
DR. FERNANDO HERRERA ROMO
DR. JOSÉ LUIS HERNÁNDEZ LOZANO

GUANAJUATO, GTO. SEPTIEMBRE DE 1983
GUADALAJARA, JAL. SEPTIEMBRE DE 1984

MESA DIRECTIVA 1984-1985

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
COMITÉ CIENTÍFICO

XVIII CONGRESO

DR. ALBERTO PEÑA RODRÍGUEZ
DR. LUIS MARIO VILLAFAÑA GUIZA
DR. MIGUEL A. VARGAS GÓMEZ
DR. JORGE E. GALLEGO GRIJALVA
DR. LEOPOLDO M. TORRES CONTRERAS

IXTAPA ZIHUATANEJO, GRO. SEPTIEMBRE DE 1985

MESA DIRECTIVA 1985-1987

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
COMITÉ CIENTÍFICO

XIX CONGRESO
XX CONGRESO

DR. LUIS MARIO VILLAFAÑA GUIZA
DR. GIOVANNI PORRAS RAMÍREZ
DR. ANDRÉS DE ALBA GONZÁLEZ
DR. JAIME NIETO ZERMEÑO
DR. LEOPOLDO M. TORRES CONTRERAS

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P., SEPTIEMBRE DE 1986
MONTERREY, N.L., SEPTIEMBRE DE 1987

MESA DIRECTIVA 1987-1989

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO

XXI CONGRESO
XXII CONGRESO

DR. GIOVANNI PORRAS RAMÍREZ
DR. JAIME NIETO ZERMEÑO
DR. HÉCTOR M. AZUARA FERNÁNDEZ
DR. GERARDO BLANCO RODRÍGUEZ

VILLAHERMOSA, TABASCO; SEPTIEMBRE DE 1988
PUEBLA, PUEBLA; SEPTIEMBRE DE 1989

MESA DIRECTIVA 1989-1991

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
COMITÉ CIENTÍFICO

XXIII CONGRESO
1990
XXIV CONGRESO

DR. JAIME NIETO ZERMEÑO
DR. PEDRO ARENAS ARÉCHIGA
DR. GERARDO BLANCO RODRÍGUEZ
DR. GUILLERMO GONZÁLEZ ROMERO
DR. JORGE E. MAZA VALLEJOS

PUERTO VALLARTA, JALISCO; SEPTIEMBRE DE
TORREÓN, COAHUILA; SEPTIEMBRE DE 1991

MESA DIRECTIVA 1991-1993

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
COMITÉ CIENTÍFICO

XXV CONGRESO
XXVI CONGRESO

DR. PEDRO ARENAS ARÉCHIGA
DR. GERARDO BLANCO RODRÍGUEZ
DR. FRANCISCO J. GONZÁLEZ GARCÍA
DR. ANTONIO F. GALLARDO MEZA
DR. JOSÉ ANTONIO RAMÍREZ VELASCO

MAZATLÁN, SINALOA; SEPTIEMBRE DE 1992
HUATULCO, OAXACA; SEPTIEMBRE DE 1993

MESA DIRECTIVA 1993-1995

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
COMITÉ CIENTÍFICO

XXVII CONGRESO
XXVIII CONGRESO

DR. GERARDO BLANCO RODRÍGUEZ
DR. CARLOS CASTRO MEDINA
DR. JOSÉ ANTONIO RAMÍREZ VELASCO
DR. FRANCISCO J. GONZÁLEZ GARCÍA
DR. EDUARDO BRACHO BLANCHET

TIJUANA, BAJA CALIFORNIA; SEPTIEMBRE DE 1994
MORELIA, MICHOACÁN; SEPTIEMBRE DE 1995

MESA DIRECTIVA 1995-1997

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
COMITÉ CIENTÍFICO

XXIX CONGRESO
XXX CONGRESO

DR. CARLOS CASTRO MEDINA
DR. LEOPOLDO M. TORRES CONTRERAS
DR. JALIL FALLAD VILLEGAS
DR. JORGE E. GALLEGO GRIJALVA
DR. HÉCTOR M. AZUARA FERNÁNDEZ

PUERTO VALLARTA, JALISCO; SEPTIEMBRE DE 1996
ZACATECAS, ZACATECAS; SEPTIEMBRE DE 1997

MESA DIRECTIVA 1997-1999

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERA
COMITÉ CIENTÍFICO

XXXI CONGRESO
XXXII CONGRESO

DR. LEOPOLDO M. TORRES CONTRERAS
DR. FELIPE DE JESÚS DOMÍNGUEZ CHÁVEZ
DR. MARIO NAVARRETE ARELLANO
DRA. CARMEN M. LICONA ISLAS
DR. HÉCTOR M. AZUARA FERNÁNDEZ

CANCÚN, QUINTANA ROO; SEPTIEMBRE DE 1998
AGUASCALIENTES, AGS., SEPTIEMBRE DE 1999

MESA DIRECTIVA 1999-2001

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
COMITÉ CIENTÍFICO

XXXIII CONGRESO
XXXIV CONGRESO

DR. FELIPE DE JESÚS DOMÍNGUEZ CHÁVEZ
DR. HÉCTOR M. AZUARA FERNÁNDEZ
DR. MARIO DÍAZ PARDO
DR. EDUARDO BRACHO BLANCHET
DR. JAIME A. OLVERA DURÁN

VERACRUZ, VERACRUZ; SEPTIEMBRE DE 2000
MANZANILLO, COLIMA; SEPTIEMBRE DE 2001

MESA DIRECTIVA 2001-2003

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
COMITÉ CIENTÍFICO

XXXV CONGRESO Y
CONG. PANAMERICANO
XXXVI CONGRESO

DR. HÉCTOR M. AZUARA FERNÁNDEZ
DR. HUGO S. STAINES OROZCO
DR. EDGAR MORALES JUVERA
DR. JAIME A. OLVERA DURÁN
DR. VÍCTOR R. ANDRADE SEPÚLVEDA

ACAPULCO, GUERRERO; SEPTIEMBRE DE 2002
CANCÚN, QUINTANA ROO; SEPTIEMBRE DE 2003

MESA DIRECTIVA 2003-2005

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
COMITÉ CIENTÍFICO

XXXVII CONGRESO
XXXVIII CONGRESO

DR. HUGO S. STAINES OROZCO
DR. EDUARDO BRACHO BLANCHET
DRA. CARMEN LICONA ISLAS
DR. FRANCISCO G. CABRERA ESQUITÍN
DR. RICARDO M. ORDORICA FLORES

CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA; SEPTIEMBRE DE 2004
OAXACA, OAXACA; SEPTIEMBRE DE 2005

MESA DIRECTIVA 2005-2007

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTA
SECRETARIO
TESORERO
COMITÉ CIENTÍFICO

XXXIX CONGRESO
XL CONGRESO Y 50 ANIVERSARIO

DR. EDUARDO BRACHO BLANCHET
DRA. CARMEN M. LICONA ISLAS
DR. JAIME PENCHYNA GRUB
DR. JOSÉ ANTONIO RAMÍREZ VELASCO
DR. ANDRÉS D. NAVA CARRILLO

TAMPICO, TAMAULIPAS; SEPTIEMBRE DE 2006
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
XLII CONGRESO	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. JOSE 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 RAMON CEPEDA GARCÍA
VICEPRESIDENTE	DR. DR. ANDRÉS DAMIÁN NAVA CARRILLO
SECRETARIO	DR. RICARDO MANUEL ORDORICA FLORES
TESORERO	DR. VÍCTOR RAMÓN ANDRADE SEPÚLVEDA
COMITÉ CIENTÍFICO	DR. JORGE ALBERTO CANTÚ REYES

XLIX CONGRESO	CHIHUAHUA, CHIH. SEPTIEMBRE 2016
L CONGRESO	LOS CABOS, B.C. SEPTIEMBRE 2017

MESA DIRECTIVA 2017-2019

PRESIDENTE	DR. ANDRÉS DAMIÁN NAVA CARRILLO
VICEPRESIDENTE	DR. ANTONIO FRANCISCO GALLARDO MEZA
SECRETARIO	DR. RICARDO VILLAPANDO CANCHOLA
TESORERO	DR. JORGE HUMBERTO DELGADO GARCÍA
COMITÉ CIENTÍFICO	DR. JUAN DOMINGO PORRAS HERNÁNDEZ

LI CONGRESO	RIVIERA MAYA, Q. ROO. SEPTIEMBRE 2018
LII CONGRESO	MÉRIDA, YUC., SEPTIEMBRE 2019

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 VILLAFANA 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 CORDOVA
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.	EXPRESIDENTES (POR 60° ANIVERSARIO)
2018	LI	RIVIERA MAYA, Q. ROO.	DR. HUMBERTO GALICIA NEGRETE
2019	LII	MÉRIDA, YUC.	DR. MARIO DÍAZ PARDO
2021	LIII	MODALIDAD VIRTUAL	DR. LEOPOLDO TORRES CONTRERAS

PROFESOR INVITADO NACIONAL

DR. LEOPOLDO TORRES CONTRERAS

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS: FACULTAD DE MEDICINA UNAM

RESIDENCIA PEDIATRÍA Y CIRUGÍA PEDIÁTRICA
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.

CIRUJANO PEDIATRA ADSCRITO A HOSPITAL CENTRAL SUR DE PEMEX

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
DE PEMEX AFILIADO A LA UNAM 1989-2005

INSTRUCTOR DE TRAUMA DE ATLS/AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 53 CURSOS

EX-PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

EX-PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

EX-PRESIDENTE DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

SECRETARIO DE LA ASOCIACIÓN IBEROAMERICANA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

MIEMBRO DEL COMITÉ EJECUTIVO DE LA WOFAPS
(FEDERACIÓN MUNDIAL DE ASOCIACIONES DE CIRUJANOS PEDIATRAS)

MIEMBRO DE LA INICIATIVA GLOBAL PARA LA CIRUGÍA INFANTIL (GICS)

MIEMBRO DEL CONSEJO ASESOR DEL INSTITUTO GEN

PROFESOR SINODAL DEL EXAMEN EN CERTIFICACIÓN EN
CIRUGÍA PEDIÁTRICA CMCP DE 1984 A LA ACTUALIDAD.

COAUTOR DE UN LIBRO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA Y
AUTOR DE VARIOS CAPÍTULOS DE LIBROS NACIONALES E INTERNACIONALES.

AUTOR Y COAUTOR DE VARIOS ARTÍCULOS DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
EN REVISTAS NACIONALES E INTERNACIONALES.

CONFERENCIAS

NUEVOS LINEAMIENTOS EN EL TESTÍCULO NO PALPABLE.

UN ABORDAJE DIFERENTE A FOWLER STEPHENS PARA TESTÍCULO NO PALPABLE.

DR. SAMEH SHEHATA. UNIVERSIDAD DE ALEXANDRIA CHILDREN'S HOSPITAL.

MANEJO MÉDICO (HORMONAL)

¿AÚN ES UNA OPCIÓN PARA EL TESTÍCULO NO DESCENDIDO?

DR. SALVADOR CUEVAS VILLEGAS. CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA IMSS.

ASOCIACIÓN DEL REFLUJO VESICoureTERAL A INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS.

DR. FERNANDO GONZÁLEZ LEDÓN.

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ.

**¿CUÁL ES EL PAPEL DE LA DISFUNCIÓN DEL TRACTO URINARIO INFERIOR?
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

DR. FABIÁN SÁNCHEZ SAGASTEGUI. INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.

CLASIFICACIÓN DEL RVU Y EVOLUCIÓN NATURAL.

DR. OMAR SÁNCHEZ ÁLVAREZ.

ROL DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO.

DR FRANCISCO REED.

HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS SAN MIGUEL, CHILE.

ABORDAJES DIAGNÓSTICOS PARA LA ESTENOSIS URETEROPIÉLICA.

DR. ELIAS DE JESÚS RAMÍREZ VELÁZQUEZ.

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ.

**EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y
CONTROVERSIAS ENTRE LA TÉCNICA ABIERTA, LAPAROSCÓPICA Y ROBÓTICA.**

DR PATRICIO GARGOLLO. MAYO CLINIC ROCHESTER

UP TO DATE EN TUMOR DE WILMS.

DRA. EDNA ROJAS CURIEL. CENTRO MÉDICO "LA RAZA"

¿CÓMO MEJORAR LOS RESULTADOS EN HEPATOBLASTOMA?

DR. PABLO LEZAMA DEL VALLE.

"HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ"

CONFERENCIAS

ESTRATEGIAS QUIRÚRGICAS EN EL NEUROBLASTOMA COMPLEJO.

DR. IVÁN BAUTISTA HERNÁNDEZ. "HOSPITAL INFANTIL TELETÓN ONCOLOGÍA"

¿CUÁNDO SOSPECHAR UN SARCOMA DE PARTES BLANDAS Y COMO ABORDARLO?

DR. JOSÉ ANTONIO GUTIÉRREZ UREÑA. "HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA"

UTILIDAD DE LOS MODELOS 3D EN LA PLANEACIÓN QUIRÚRGICA DE LOS TUMORES COMPLEJOS.

DR. LUCAS KRAUEL. HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU BARCELONA ESPAÑA

ATRESIA ESOFÁGICA. TÉCNICA TORACOSCOPIA. ¿CÓMO EMPEZAR MI CURVA DE APRENDIZAJE, HASTA LA REPRODUCCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA?

DRA. MARCELA BAILEZ. HOSPITAL GARRAHAN, BUENOS AIRES, ARGENTINA.

TIPS Y TRUCOS PARA EVITAR COMPLICACIONES DE ATRESIA ESOFÁGICA TIPO 3, CORREGIDAS POR TORACOSCOPIA.

DR. JORGE GODOY LENZ. CLÍNICA LAS CONDES, CHILE.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN CIRUGÍA DEL HIATO (MIGRACIÓN DE LA FUNDUPLICATURA, DISFAGIA , HERNIA HIATAL, PERFORACIÓN ESOFÁGICA.

DR. CARLOS GARCÍA HERNÁNDEZ. STAR MÉDICA HOSPITAL INFANTIL PRIVADO

QUISTE DE COLÉDOCO. TRATAMIENTO. ¿CÓMO LO HAGO YO?

DR. CARLOS MELO. CALI COLOMBIA.

ATRESIA DUODENAL RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA

DR. JORGE GODOY LENZ. CLÍNICA LAS CONDES, CHILE.

¿CUÁNDO OPERAR UNA PANCREATITIS?

DR. JOSÉ ASZ SIGALL. INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

CONFERENCIAS

CIRUGÍA TEMPRANA EN NESIDIOBLASTOSIS.

DR. ANTONIO MEDINA VEGA. INSTITUTO NACIONAL DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

RESECCIONES PANCREÁTICAS POR TUMORES.

DR. PABLO LEZAMA DEL VALLE. HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ.

HIPERTENSIÓN PORTAL. CRITERIOS QUIRÚRGICOS.

DR. EDUARDO BRACHO BLANCO. HOSPITAL ÁNGELES PEDREGAL.

COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA.

DR. GERARDO BLANCO RODRÍGUEZ.
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ.

INDICACIONES DEL TRASPLANTE HEPÁTICO.

DR. GUSTAV O VARELA FASCINETTO.
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ.

RESECCIONES PULMONARES POR MÍNIMA INVASIÓN

DR. STEVE S. ROTHENBERG, ROCKY MOUNTAIN PEDIATRIC SURGERY.

**NEUMONÍA COMPLICADA ¿CUÁL ES EL PAPEL DE LA TORACOSCOPIA
Y EL USO DE LOS FIBRINOLÍTICOS?**

DR. GUSTAV O TEYSSIER MORALES

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA ENDOSCÓPICA GASTROESOFÁGICA.

DR. RODRIGO HIPÓLITO CIFUENTES. STAR MÉDICA HOSPITAL INFANTIL PRIVADO.

CIRUGÍA ROBÓTICA ¿CUÁL ES LA REALIDAD EN MÉXICO ACTUALMENTE?

DR. FRANCISCO GARIBAY GONZÁLEZ. ESCUELA MILITAR DE MEDICINA.

CONFERENCIAS

ESTADO DEL ARTE EN CIRUGÍA FETAL.

DR. JOSÉ LUIS PEIRÓ. CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL.

MANEJO ACTUAL DEL INTESTINO CORTO.

BRAD WARNER. ST. LOUIS CHILDREN'S HOSPITAL.

CONFERENCIA DEL PRESIDENTE

DR. ANTONIO FRANCISCO GALLARDO MEZA

CONFERENCIA DEL PROFESOR INVITADO NACIONAL

DR. LEOPOLDO TORRES CONTRERAS

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONGRESO

1.- Definición del Congreso

El Congreso Nacional de Cirugía Pediátrica es una reunión científica y educativa 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, sin tiempo para preguntas o 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.

MARTES 21 DE SEPTIEMBRE

SALÓN A

07:15-07:30

INAUGURACIÓN MENSAJE DE BIENVENIDA.
DR. ANTONIO FRANCISCO GALLARDO MEZA

PÁGINA

UROLOGÍA

NUEVOS LINEAMIENTOS EN TESTÍCULO NO DESCENDIDO.

COORDINA DR. OMAR SÁNCHEZ ÁLVAREZ.

HOSPITAL CIVIL GUADALAJARA.

07:30-08:00

PLATICA MAGISTRAL:

NUEVOS LINEAMIENTOS EN EL TESTÍCULO NO PALPABLE.

UN ABORDAJE DIFERENTE A FOWLER STEPHENS PARA

TESTÍCULO NO PALPABLE.

DR. SAMEH SHEHATA. UNIVERSIDAD DE ALEXANDRIA CHILDREN'S HOSPITAL.

08:00-08:30

MANEJO MÉDICO (HORMONAL)

¿AÚN ES UNA OPCIÓN PARA EL TESTÍCULO NO DESCENDIDO?

DR. SALVADOR CUEVAS VILLEGAS. CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA IMSS.

08:30-09:00

TESTÍCULO NO DESCENDIDO ¿CUÁNDO, CÓMO Y PORQUÉ OPERARLO?

COORDINADOR: DR. OMAR SÁNCHEZ ÁLVAREZ.

DR. FABIÁN SÁNCHEZ SAGASTEGUI,

DR. SALVADOR CUEVAS VILLEGAS,

DR. BAYRÓN ALEXIS PACHECO MENDOZA

REFLUJO VESICoureTERAL.

¿ENFERMEDAD, FENOTIPO O MECANISMO DE ADAPTACIÓN?

COORDINA DR. FERNANDO GONZÁLEZ LEDÓN.

09:00-09:30

ASOCIACIÓN DEL REFLUJO VESICoureTERAL A INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS.

DR. FERNANDO GONZÁLEZ LEDÓN.

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ.

09:30-10:00

¿CUÁL ES EL PAPEL DE LA DISFUNCIÓN DEL TRACTO URINARIO INFERIOR?

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

DR. FABIÁN SÁNCHEZ SAGASTEGUI. INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.

MARTES 21 DE SEPTIEMBRE

SALÓN A

PÁGINA

10:00-10:30	CLASIFICACIÓN DEL RVU Y EVOLUCIÓN NATURAL. DR. OMAR SÁNCHEZ ÁLVAREZ.	
10:30-11:00	PLÁTICA MAGISTRAL: ROL DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO. DR FRANCISCO REED. HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS SAN MIGUEL, CHILE.	
11:00-11:30	MESA REDONDA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y CONTROVERSIAS: ENDOSCÓPICO, LAPAROSCÓPICO Y TÉCNICAS ABIERTAS COORDINA DR. FERNANDO GONZÁLEZ LEDÓN, DR. FRANCISCO REED, DR. FABIÁN SÁNCHEZ SAGASTEGUI, DR. OMAR SÁNCHEZ ÁLVAREZ.	
	DILATACIÓN DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR. COORDINA DR. FABIÁN SÁNCHEZ SAGASTEGÚI.	
11:30-12:00	ABORDAJES DIAGNÓSTICOS PARA LA ESTENOSIS URETEROPIÉLICA. DR. ELIAS DE JESÚS RAMÍREZ VELÁZQUEZ. HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ.	
12:00-12:45	PLÁTICA MAGISTRAL: EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y CONTROVERSIAS ENTRE LA TÉCNICA ABIERTA, LAPAROSCÓPICA Y ROBÓTICA. DR PATRICIO GARGOLLO. MAYO CLINIC ROCHESTER	
12:45-12:57	EXPERICIA QUIRÚRGICA EN EL TRATAMIENTO DE LITIASIS RENAL CON ENDOLITOTRICIA LÁSER EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EVALUADOS EN EL SERVICIO UROLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. TRABAJO LÍBRE 41/112 DRA. WENDI ARELY MARTÍNEZ SÁNCHEZ	39

PLENARIA

13:15	SESIÓN DE NEGOCIOS DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA A.C. CAMBIO DE MESA DIRECTIVA	
-------	---	--

07:15-07:30	INAUGURACIÓN MENSAJE DE BIENVENIDA. DR. ANTONIO FRANCISCO GALLARDO MEZA	
CIRUGÍA ONCOLÓGICA. COORDINADOR. DR. JUAN CARLOS DUARTE VALENCIA		
07:30-08:00	UP TO DATE EN TUMOR DE WILMS. DRA. EDNA ROJAS CURIEL. CENTRO MÉDICO “LA RAZA”	
08:00-08:30	¿CÓMO MEJORAR LOS RESULTADOS EN HEPATOBLASTOMA? DR. PABLO LEZAMA DEL VALLE. “HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ”	
08:30-09:00	ESTRATEGIAS QUIRÚRGICAS EN EL NEUROBLASTOMA COMPLEJO. DR. IVÁN BAUTISTA HERNÁNDEZ. “HOSPITAL INFANTIL TELETÓN ONCOLOGÍA”	
09:00-09:30	¿CUÁNDO SOSPECHAR UN SARCOMA DE PARTES BLANDAS Y COMO ABORDARLO? DR. JOSÉ ANTONIO GUTIÉRREZ UREÑA. “HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA”	
09:30-09:42	EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS MALFORMACIONES VASCULARES LINFÁTICAS CON SIROLIMUS, ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. TRABAJO LIBRE ID 23/262 DR. ERIK ANTONIO MIER ESCURRA	40
09:42-09:47	NEUROFIBROMA PLEXIFORME DE LA UNIÓN CÉRVICO-TORÁCICA, RESUELTO POR ABORDAJE TIPO TRAP-DOOR. CASO CLÍNICO 47/336 DRA. MYRNA ARREOLA MONTES	41
09:47-09:59	RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y ONCOLÓGICOS DE UNA SERIE DE CASOS DE TUMORES HEPÁTICOS MALIGNOS TRATADOS EN UN CENTRO INTEGRAL DE CÁNCER PEDIÁTRICO. TRABAJO LIBRE 40/403 DR. PABLO GALLO STETA	42
10:00-10:05	CIRUGÍA RADIODIRIGIDA ASISTIDA CON GAMMASONDA INTRAOPERATORIA EN NEUROBLASTOMA RETROPERITONEAL RECURRENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO. CASO CLÍNICO 64/340 DRA. ENNA MELISSA RODRÍGUEZ CÁRDENAS	43

MARTES 21 DE SEPTIEMBRE

SALÓN B

		PÁGINA
10:06-10:10	TERATOMA MADURO RETROPERITONEAL BILATERAL. CASO CLÍNICO 50/374 DRA. GÉNESIS GONZÁLEZ ABARCA	44
10:11-10:15	RESECCIÓN DE TERATOMA MIXTO MEDIASTINAL POR ESTERNOTOMÍA CON EXTENSIÓN HEMICLAMHELL MODIFICADA. REPORTE DE CASO. CASO CLÍNICO 53/354 DR. CÉSAR AUGUSTO LANDA RIVERA	45
10:16-10:20	HEPATOBLASTOMA CON EXTENSIÓN TUMORAL INTRACARDIACA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO. CASO CLÍNICO 27/293 DR. EDGAR GUILLERMO LAZCANO ROJAS	46
10:21-10:25	SALVAMENTO DE EXTREMIDAD CON RECONSTRUCCIÓN VASCULAR, POSTERIOR A RESECCIÓN EN BLOQUE DE SARCOMA SINOVIAL. CASO CLÍNICO 32/277 DRA. ANA BEATRIZ CALDERÓN ALVARADO	47
10:26-11:15	MESA REDONDA COMPLICACIONES EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA: LESIONES VASCULARES, RUPTURAS TUMORALES, DECISIONES PREOPERATORIAS Y TRANSOPERATORIAS. PANEL DE EXPERTOS. PARTICIPANTES: 1) DR. PABLO LEZAMA DEL VALLE 2) DR. JOSÉ ANTONIO GUTIÉRREZ UREÑA 3) DR. IVÁN BAUTISTA HERNÁNDEZ 4) DR. LUCAS KRAUEL COORDINA DR. JUAN CARLOS DUARTE VALENCIA	
11:15-12:00	RECESO	
12:00-12:45	UTILIDAD DE LOS MODELOS 3D EN LA PLANEACIÓN QUIRÚRGICA DE LOS TUMORES COMPLEJOS. DR. LUCAS KRAUEL. HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU BARCELONA ESPAÑA	
12:45-12:57	SERIE DE CASOS DE HIPERPLASIA NODULAR FOCAL TRABAJO LIBRE 46/303 DR. EDUARDO VÁSQUEZ GUTIÉRREZ	48

MARTES 21 DE SEPTIEMBRE

SALÓN B

PÁGINA

12:57-13:02 **HALLAZGOS CLÍNICOS Y SONOGRÁFICOS ASOCIADOS A INFILTRACIÓN TESTICULAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON LEUCEMIA, ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES. TRABAJO LIBRE 58/260** **DR. JOSÉ LUIS GONZÁLEZ CHÁVEZ** **49**

PLENARIA

13:15 **SESIÓN DE NEGOCIOS DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA A.C. CAMBIO DE MESA DIRECTIVA**

CIRUGÍA DE MÍNIMA INVASIÓN.

COORDINADORES: **DR. HUMBERTO MURGUÍA GUERRERO**
 DR. CARLOS GARCÍA HERNÁNDEZ

- 07:30-08:00** **ATRESIA ESOFÁGICA. TÉCNICA TORACOSCOPIA. ¿CÓMO EMPEZAR MI CURVA DE APRENDIZAJE, HASTA LA REPRODUCCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA?**
DRA. MARCELA BAILEZ. HOSPITAL GARRAHAN, BUENOS AIRES, ARGENTINA.
- 08:00-08:30** **TIPS Y TRUCOS PARA EVITAR COMPLICACIONES DE ATRESIA ESOFÁGICA TIPO 3, CORREGIDAS POR TORACOSCOPIA.**
DR. JORGE GODOY LENZ. CLÍNICA LAS CONDES, CHILE.
- 08:30-09:00** **COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN CIRUGÍA DEL HIATO (MIGRACIÓN DE LA FUNDUPLICATURA, DISFAGIA, HERNIA HIATAL, PERFORACIÓN ESOFÁGICA.**
DR. CARLOS GARCÍA HERNÁNDEZ. STAR MÉDICA HOSPITAL INFANTIL PRIVADO
- 09:00-09:30** **QUISTE DE COLÉDOCO. TRATAMIENTO. ¿CÓMO LO HAGO YO?**
DR. CARLOS MELO. CALI COLOMBIA.
- 09:30-10:00** **ATRESIA DUODENAL RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA**
DR. JORGE GODOY LENZ. CLÍNICA LAS CONDES, CHILE.
- 10:00-10:30** **RECESO**
- 10:30-11:15** **MESA REDONDA**
¿QUÉ HACEMOS LAPAROSCÓPICAMENTE HABLANDO CUANDO NOS ENFRENTAMOS A UNA ATRESIA DE ESÓFAGO DE CABOS SEPARADOS?
PARTICIPAN:
DR. JORGE GODOY LENZ
DR. CARLOS MELO
DR. CARLOS GARCÍA HERNÁNDEZ
COORDINA: DR. HUMBERTO MURGUÍA GUERRERO
- 11:15-11:30** **RECESO**

**MÓDULO:
 CIRUGÍA NEONATAL.**

COORDINA DR. ALEJANDRO PEÑARRIETA DAHER

11:30-11:42	MANAGEMENT AND OUTCOMES OF GASTROINTESTINAL CONGENITAL ANOMALIES IN LOW-, MIDDLE- AND HIGH-INCOME COUNTRIES: A MULTI-CENTRE, INTERNATIONAL, PROSPECTIVE COHORT STUDY TRABAJO LIBRE 16/273	DR. BRUNO MARTÍNEZ LEO 50
11:43-11:55	ESTUDIO COMPARATIVO EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y NO QUIRÚRGICO DE GASTROSQUISIS, EXPERIENCIA EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL 2018-2020 TRABAJO LIBRE 30/308	DR. GERARDO GALLARDO BAÑUELOS 51
11:56-12:01	FÍSTULA NEUROENTÉRICA DEPENDIENTE DE DUPLICACIÓN INTESTINAL. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO CASO CLÍNICO 73/382	DRA. DONAJÍ DE JESÚS RODRÍGUEZ ORTIZ 52
12:02-12:07	GASTROSQUISIS EN GEMELOS MONOCIGOTOS. MANEJO EXITOSO. CASO CLÍNICO 20/105	DR. PASTOR ESCÁRCEGA FUJIGAKI 53
12:08-12:13	TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA CON INSTILACIÓN PARA MANEJO DE FASCITIS NECROTIZANTE PEDIÁTRICA: REPORTE DE DOS CASOS CASO CLÍNICO 46/342	DRA. ADRIANA MARCELA ARENAS-ROJAS 54
12:14-12:19	CASO CLÍNICO DE HERMANOS GEMELOS CON CICATRICES RETRÁCTILES POR SECUELAS DE QUEMADURAS EN AMBOS PIES, MANEJO CON COLGAJO LIBRE VASCULARIZADO, PARA LA MEJORÍA EN LA FUNCIÓN Y CALIDAD DE VIDA . CASO CLÍNICO 80/328	DRA. OLGA DELIA ALONSO MANRIQUEZ 56
12:20-12:25	ENFERMEDAD DE CROHN NEONATAL: REPORTE DE CASO. CASO CLÍNICO 1/243	DRA. ALEJANDRA REBOLLAR CASTILLO 57

PLENARIA

13:00	SESIÓN DE NEGOCIOS DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA A.C "ELECCIONES PARA VICEPRESIDENTE".	
--------------	---	--

MIÉRCOLES 22 DE SEPTIEMBRE

SALÓN B

PÁGINA

HEPÁTICO PANCREÁTICO BILIAR

COORDINADOR: **DR. ROBERTO CARLOS ORTIZ GALVAN**

07:30-08:00	<p>CONTROVERSIAS QUISTE DE COLÉDOCO. HEPÁTICO DUODENO Y HEPÁTICO YEYUNO. DR. ANTONIO F. GALLARDO MEZA VERSUS DR. JOEL CÁZARES. MODERADOR DR. ROBERTO CARLOS ORTIZ GALVAN</p>	
08:00-08:30	<p>¿CUÁNDO OPERAR UNA PANCREATITIS? DR. JOSÉ ASZ SIGALL. INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA</p>	
08:30-09:00	<p>CIRUGÍA TEMPRANA EN NESIDIOBLASTOSIS. DR. ANTONIO MEDINA VEGA. INSTITUTO NACIONAL DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA</p>	
09:00-09:30	<p>RESECCIONES PANCREÁTICAS POR TUMORES. DR. PABLO LEZAMA DEL VALLE. HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ.</p>	
09:30-10:00	<p>HIPERTENSIÓN PORTAL. CRITERIOS QUIRÚRGICOS. DR. EDUARDO BRACHO BLANCO. HOSPITAL ÁNGELES PEDREGAL.</p>	
10:00-10:30	<p>COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA. DR. GERARDO BLANCO RODRÍGUEZ. HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ.</p>	
10:30-10:42	<p>COMPLICACIONES INMEDIATAS, MEDIATAS Y TARDÍAS EN PACIENTES CON QUISTE DE COLÉDOCO TIPO I Y IV SOMETIDOS A DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA, COHORTE. TRABAJO LIBRE 44/419</p>	58
10:42-10:54	<p>DISCINESIA VESICULAR COMO SINÓNIMO DE COLECISTITIS CRÓNICA ALITIÁSICA, UN RETO DIAGNÓSTICO, SERIE DE CASOS. TRABAJO LIBRE 49/352</p>	59

MIÉRCOLES 22 DE SEPTIEMBRE

SALÓN B

PÁGINA

11:00-11:30

MESA REDONDA:

LESIONES DE LA VÍA BILIAR- PREVENCIÓN (ABORDAJE QUIRÚRGICO PARA EVITAR LA LESIÓN DE LA VÍA BILIAR); Y ¿CÓMO REPARAR LAS LESIONES DE LA VÍA BILIAR?.

COORDINA: DR. FRANCISCO ANTONIO MEDINA VEGA

PARTICIPAN:

DR. RICARDO MANUEL ORDORICA FLORES

DR. JOSÉ ALEJANDRO HERNÁNDEZ PLATA

11:30-12:00

INDICACIONES DEL TRASPLANTE HEPÁTICO.

DR. GUSTAVO VARELA FASCINETTO. HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ.

PLENARIA

13:00

SESIÓN DE NEGOCIOS DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA A.C
“ELECCIONES PARA VICEPRESIDENTE”.

CIRUGÍA DE TÓRAX.

COORDINA: DR. GUSTAVO TEYSSIER MORALES

07:00-07:35	<p>RESECCIONES PULMONARES POR MÍNIMA INVASIÓN DR. STEVE S. ROTHENBERG, ROCKY MOUNTAIN PEDIATRIC SURGERY.</p>	
07:35-08:05	<p>NEUMONÍA COMPLICADA ¿CUÁL ES EL PAPEL DE LA TORACOSCOPIA Y EL USO DE LOS FIBRINOLÍTICOS)? DR. GUSTAVO TEYSSIER MORALES</p>	
08-05-08:50	<p>MESA REDONDA: ESTENOSIS ESOFÁGICA POST- ANASTOMOSIS EN ATRESIA DE ESÓFAGO. TRATAMIENTO. COORDINA: DR. GUSTAVO TEYSSIER MORALES. PARTICIPAN: DR. CECILIA CISNEROS GASCA, CENTRO MÉDICO LA RAZA, DR. ROGELIO SANCHO HERNÁNDEZ. INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA. DR. CRISTIAN ZALLES VIDAL. HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ.</p>	
08:50-09:30	<p>MESA REDONDA: SUSTITUCIÓN ESOFÁGICA COORDINA DR. GUSTAVO TEYSSIER</p> <p>INTERPOSICIÓN DE COLON DR. JAIME PENCHYNA GRUB. HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO</p> <p>TUBO GÁSTRICO DR. SERGIO FLORES HERNÁNDEZ. INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA</p> <p>ASCENSO GÁSTRICO DR. ADRIÁN TRUJILLO PONCE. HOSPITAL CIVIL GUADALAJARA</p>	
09:30-09:42	<p>ASCENSO GÁSTRICO, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS. TRABAJO LIBRE 6/248 DRA. CLYO ALEJANDRA ESPINOSA PEREYRA</p>	60
09:42-09:47	<p>TRAQUEOPLASTÍA SLIDE SIN BYPASS CARDIOPULMONAR PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS TRAQUEAL CONGÉNITA LARGA COMPLEJA. CASO CLÍNICO 74/200 DR. ROGELIO SANCHO HERNÁNDEZ</p>	61

JUEVES 23 DE SEPTIEMBRE

SALÓN A

		PÁGINA
09:47-09:59	MASAS PULMONARES FETALES: ESPECTRO CLINICO Y TRATAMIENTO PERINATAL. SERIE DE CASOS. TRABAJO LIBRE 32/200 DR. ROGELIO SANCHO HERNÁNDEZ	62
10:00-10:05	TRAUMA TRAQUEOBRONQUIAL COMPLEJO EN PACIENTE PEDIÁTRICO, ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. CASO CLÍNICO 79/313 DR. ENRIQUE R. LEAL CICEROL	63
10:06-10:10	USO DE TERAPIA E-VAC (VACÍO ENDOLUMINAL) EN REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS CON LESIÓN DE TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR CON RESTAURACIÓN DE CONTINUIDAD DEL DEFECTO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. CASO CLÍNICO 51/373 DR. JAZMÍN PÉREZ RAMÍREZ	64
10:11-10:15	DIVERTÍCULO DE KOMMERELL EN PACIENTE PEDIÁTRICO. REPORTE DE CASO CLÍNICO CASO CLÍNICO 59/406 DR. MARCO ANTONIO RODRÍGUEZ TORRES	65
10:16-10:20	REPORTE DE CASO: SHUNT PLEUROPERITONEAL COMO TRATAMIENTO DEL QUILOTÓRAX POSTOPERATORIO REFRACTARIO A MANEJO MÉDICO. CASO CLÍNICO 40/342 DRA. ADRIANA MARCELA ARENAS-ROJAS	66
10:21-10:25	RECONEXIÓN ESOFÁGICA POR ENDOSCOPIA EN PACIENTE CON ATRESIA ESOFÁGICA TIPO 1 DE BRECHA AMPLIA: CASO CLÍNICO CASO CLÍNICO 86/330 DR. ALEJANDRO JOSÉ BUSTILLO PONCE	67
10:26-10:30	CORRECCIÓN EXITOSA DE SÍNDROME DE CIMITARRA MEDIANTE HEMICLAMHELL COMO UNA EXCELENTE ALTERNATIVA EN CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA. REPORTE DE UN CASO. CASO CLÍNICO 21/296 DRA. ELVIA TERESA ÁVILA HERNÁNDEZ	68
10:30-10:35	SECCIÓN TRAQUEOESOFÁGICA POR DEGOLLAMIENTO, CASO CLÍNICO. CASO CLÍNICO 69/398 DRA. ROCÍO CANO ARIAS.	69

PLENARIA

- 11:00** **CONFERENCIA DEL PRESIDENTE**
DR. ANTONIO FRANCISCO GALLARDO MEZA
- 11:45** **ENTREGA DE LA MEDALLA**
DR. ALBERTO PEÑA RODRÍGUEZ
- 12:30** **ENTREGA PREMIO ASCLEPIO 2021**
MTRA. VERÓNICA RAMOS TERRAZAS
ACADEMIA AESCULAP - DIRECTOR ACADEMIA & COORDINADOR LATAM
- 12:45** **CONFERENCIA DEL PROFESOR INVITADO NACIONAL**
DR. LEOPOLDO TORRES CONTRERAS

JUEVES 23 DE SEPTIEMBRE

SALÓN B

PÁGINA

INNOVACIONES TERAPÉUTICAS EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA.

COORDINA:

DR. PABLO LEZAMA DEL VALLE.

07:30-08:00	INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA ENDOSCÓPICA GASTROESOFÁGICA. DR. RODRIGO HIPÓLITO CIFUENTES. STAR MÉDICA HOSPITAL INFANTIL PRIVADO.	
08:00-08:30	CIRUGÍA ROBÓTICA ¿CUÁL ES LA REALIDAD EN MÉXICO ACTUALMENTE? DR. FRANCISCO GARIBAY GONZÁLEZ. ESCUELA MILITAR DE MEDICINA.	
08:30-09:00	ESTADO DEL ARTE EN CIRUGÍA FETAL. DR. JOSÉ LUIS PEIRÓ. CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL.	
09:00-09:30	MANEJO ACTUAL DEL INTESTINO CORTO. BRAD WARNER. ST. LOUIS CHILDREN'S HOSPITAL	
09:30-09:42	PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS EN MENORES DE 15 AÑOS CON HERIDAS PENETRANTES EN UN HOSPITAL DE PROVINCIA. TRABAJO LIBRE 15/315 DR. OSCAR EDUARDO GÓNGORA PÉREZ	70
09:43-09:54	ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV2 EN LA FORMACIÓN DE RESIDENTES DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA TRABAJO LIBRE 39/404 DRA. JHOCELYN PATRIZIA IBÁÑEZ MARTÍNEZ	71
09:55-10:06	ENTEROCOLITIS NECROSANTE POSTERIOR A LA REPARACIÓN DE GASTROSQUISIS, UNA COMPLICACIÓN POCO DESCRITA. COHORTE RETROSPECTIVA EN UN CENTRO DE REFERENCIA 2014-2021. TRABAJO LIBRE 47/392 DRA. ALMA VERÓNICA MARTÍNEZ LUIS	72
10:07-10:18	SILO ABS VS CONVENCIONAL SUTURADO EN GASTROSQUISIS. ¿CUÁL OFRECE MEJORES RESULTADOS?. TRABAJO LIBRE 50/361 DR. IBRAIM SOTO GARCÍA	73

JUEVES 23 DE SEPTIEMBRE

SALÓN B

PÁGINA

10:19-10:30	CATERISMO DE LA VENA YUGULAR INTERNA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS, Y HEMODINÁMIA DEL FLUJO SANGUÍNEO ARTERIAL CEREBRAL. TRABAJO LIBRE 53/345	DR. FERNANDO MONTES TAPIA.	74
10:31-10:42	DIRECCIÓN DE PUNCIÓN DE VENA YUGULAR INTERNA DERECHA EN NEONATOS. SERIE DE CASOS. TRABAJO LIBRE 5/307	DR. FERNANDO F. MONTES TAPIA	75
10:43-10:48	EXPERIENCIA EN ABDOMEN HOSTIL EN HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL NORESTE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. CASO CLÍNICO 68/405	DRA. SANDRA PATRICIA MOTA DIAZ	76
10:49-10:54	MEGASIGMOIDES POR CONSTIPACIÓN CRÓNICA.SIGMOIDECTOMÍA CON ROBOT, PRIMER CASO EN MÉXICO. CASO CLÍNICO 2/260	DRA. ANALI MEZA GALLEGOS	77

PLENARIA

11:00	CONFERENCIA DEL PRESIDENTE DR. ANTONIO FRANCISCO GALLARDO MEZA	
11:45	ENTREGA DE LA MEDALLA DR. ALBERTO PEÑA RODRÍGUEZ	
12:30	ENTREGA PREMIO ASCLEPIO 2021 MTRA. VERÓNICA RAMOS TERRAZAS ACADEMIA AESCULAP - DIRECTOR ACADEMIA & COORDINADOR LATAM	
12:45	CONFERENCIA DEL PROFESOR INVITADO NACIONAL DR. LEOPOLDO TORRES CONTRERAS	
13:30	ENTREGA DE PREMIOS A LOS TRABAJOS LIBRES Y CASOS CLÍNICOS	

SALÓN CASOS CLINICOS

	PÁGINA
HERNIA INTERNA DE DIVERTÍCULO DE MECKEL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN PEDIATRÍA. REPORTE DE CASO CLÍNICO CASO CLÍNICO 4/289 DR. VÍCTOR HUGO GRANDE ESPÍNDOLA	78
PRESENTACIÓN INUSUAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A DIVERTÍCULO DE MECKEL CON BANDA MESODIVERTICULAR CASO CLÍNICO 17/257 DRA. RAYA GARZA LAURA PATRICIA	79
HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE PRESENTACIÓN TARDÍA. REPORTE DE UN CASO CASO CLÍNICO 19/284 DR. JOSÉ DEL CARMEN DE LA CRUZ PÉREZ	80
QUISTE EPITELIAL ESPLÉNICO GIGANTE: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO CASO CLÍNICO 24/248 DR. ARTURO ARIAS PERALTA	81
DUPLICACIÓN DE FÍSTULA RECTO-VESTIBULAR EN UNA PACIENTE CON MALFORMACIÓN ANORRECTAL: REPORTE DE CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO Y SEGUIMIENTO A 24 MESES CASO CLÍNICO 25/273 DRA. LAURA EDITH GONZÁLEZ RODRÍGUEZ	82
MALFORMACIÓN CONGÉNITA PULMONAR DE ÍNTESTINO ANTERIOR CASO CLÍNICO 28/306 DRA. MADELINE JAZMÍN NÚÑEZ KU	83
BANDA CONGÉNITA ÚNICA ANÓMALA COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN PREESCOLAR. REPORTE DE CASO CLÍNICO. CASO CLÍNICO 33/319 DR. ANTONIO CASTRO CRUZ	84
HEPATOBLASTOMA PRETEXT III Y IV, EN TIEMPOS DE COVID. ¿QUÉ PODEMOS HACER EN NUESTRO PAÍS? CASO CLÍNICO 34/214 DR. CARLOS GARCÍA HERNÁNDEZ	85
OBSTRUCCIÓN DE TRACTO DE SALIDA GÁSTRICO-ADQUIRIDA PRIMARIA: ENFERMEDAD DE JODHPUR, CASO CLÍNICO CASO CLÍNICO 35/322 DR. JOSÉ DE JESÚS CÁRDENAS BARÓN	86
VÓLVULO DE COLON SECUNDARIO A MALFORMACIÓN ANORRECTAL BAJA EN UN LACTANTE CASO CLÍNICO 42/213 DRA. LOURDES CARVAJAL FIGUEROA	87
HAMARTOMA HEPÁTICO CASO CLÍNICO 43/337 DR. JOSÉ ZISUMBO CERRATO	88

SALÓN CASOS CLINICOS

PÁGINA

FIBROMA LAXO DE PERINÉ, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO CASO CLÍNICO 45/362	DRA. MARIJOSE DE CRISTO GONZÁLEZ CALVILLO	89
ATRESIA INTESTINAL DE PRESENTACIÓN TARDÍA, REPORTE DE CASO CASO CLÍNICO 48/284	DR. EYMARD CRUZ GONZALEZ	90
ABSCESO HEPÁTICO EN UN RECIÉN NACIDO SECUNDARIO A CATETERISMO UMBILICAL. CASO CLÍNICO 49/400	DRA. JESSICA ELIZABETH GARCÍA SOTO	91
CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES UNA ENFERMEDAD RARA. CASO CLÍNICO CASO CLÍNICO 53/251	DRA. ICNOTI YECTIUANI MARTÍNEZ REYES	92
DUPLICACIÓN COLÓ-RECTAL CON FÍSTULA RECTOVESTIBULAR TRATADA MEDIANTE UN ABORDAJE TRANSANORRECTAL ANTERIOR CASO CLÍNICO 55/399	DR. ALFREDO DOMÍNGUEZ MUÑOZ	93
USO DE ENDOPRÓTESIS ESOFÁGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS, REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS CASO CLÍNICO 65/415	DR. JESÚS PIZARRO LOZANO	94
SUSTITUCIÓN DE URÉTER CON APÉNDICE CECAL, EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON RIÑÓN EN HERRADURA Y DISPLASIA RENAL CONTRALATERAL CASO CLÍNICO 66/416	DR. LEONARDO FAVIO GÓMEZ LOZADA	95
HAMARTOMA HEPÁTICO MESENQUIMAL REPORTE DE CASO CASO CLÍNICO 72/356	DRA. GÉNESIS AZARIA SANTOS GARCÍA	96
RECONSTRUCCIÓN DE ANTEBRAZO POSTSECUELA DE OSTECONDROMA EN CUBITO DERECHO POR MEDIO DE INJERTO DE PERONÉ VASCULARIZADO. CASO CLÍNICO 82/329	DR. DAVID ESTUDILLO ANTONIO	97
MALFORMACIÓN LINFÁTICA MACROQUÍSTICA EN CUELLO DIAGNÓSTICO PRENATAL, FRACASO EN TRATAMIENTO CON OK 432 Y EXTENSIÓN INTRATORÁCICA EN LA INFANCIA. CASO CLÍNICO 85/371	DR. CRISTIAN OMAR URBINA RODRÍGUEZ	98

SALÓN TRABAJOS LIBRES

	PÁGINA
FACTORES PREDICTIVOS DE RUPTURA INTRAOPERATORIA DE TUMOR DE WILMS. TRABAJO LIBRE 2/270 DR. MOISÉS GONZÁLEZ CÁRCAMO	99
IMPORTANCIA DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA TRANSOPERATORIA EN LOS PROCEDIMIENTOS COMPLEJOS DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE MÍNIMA INVASIÓN TRABAJO LIBRE 3/290 DR. ROMER JESÚS VALERO MAMANI	100
EXPERIENCIA EN LA EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS EN VÍA AÉREA POR BRONCOSCOPÍA RÍGIDA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL “SERIES DE CASOS.” TRABAJO LIBRE 4/212 DR. MIGUEL ÁNGEL SANTIAGO MONTOR	101
APLICACIÓN DE PARÁMETROS HEMATOLÓGICOS COMO PREDICTORES DE DAÑO EN ESOFAGITIS CAUSTICA TRABAJO LIBRE 7/248 DR. JORGE ALBERTO RODRIGUEZ GOMEZ	102
SEDACIÓN POR RESIDENTES DE PEDIATRÍA, EN LA COLOCACIÓN DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES GUIADO POR ULTRASONIDO, FUERA DEL ÁREA DE QUIRÓFANO. TRABAJO LIBRE 14/345 DR. FERNANDO MONTES TAPIA	103
ANÁLISIS DE LA VARIACIÓN DE LA MEDICIÓN DEL CALIBRE DEL NEOANO DESPUÉS DE ARPSP AL DÍA CERO Y AL DÍA 14: REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS. TRABAJO LIBRE 17/273 DR. JESÚS JAVIER CERVANTES LEDEZMA	104
TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO DE LA VÍA AÉREA EN PEDIATRÍA TRABAJO LIBRE 19/317 DR. IVÁN VLADIMIR MEDINA LÓPEZ	105
RESPUESTA DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA ANTE LA PANDEMIA POR EL VIRUS SARS-CoV-2 2. TRABAJO LIBRE 21/10 DR. GUILLERMO YANOWSKY REYES	106
EXPERIENCIA CON PROGRAMA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA EXTRAMUROS EN EL SUR DE ZACATECAS DEL 2006 – 2019. TRABAJO LIBRE 22/368 DRA. LAURA GABRIELA PEÑA BALBOA	107

SALÓN TRABAJOS LIBRES

	PÁGINA
<p>EFICACIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTESTINAL EN PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO SECUNDARIO A MALFORMACIÓN ANORRECTAL POSTERIOR A LA CORRECCIÓN QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL</p> <p>TRABAJO LIBRE 28/316 DR. ENRIQUE ROJAS MORENO</p>	108
<p>URGENCIAS QUIRÚRGICAS NEONATALES. ESTUDIO COMPARATIVO DURANTE LA PANDEMIA DEL VIRUS SARS Cov-2/ COVID-19</p> <p>TRABAJO LIBRE 29/372 DR. JUAN EDUARDO GONZÁLEZ ABOYTES</p>	109
<p>DIFERENCIAS ENTRE PRODUCTIVIDAD QUIRÚRGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19 Y EL AÑO PREVIO EN UNA UNIDAD DE TERCER NIVEL, ESTUDIO COMPARATIVO.</p> <p>TRABAJO LIBRE 33/331 DR. MARCO ANTONIO ESPINOSA TAMEZ</p>	110
<p>DETERMINACIÓN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES PRETÉRMINO CON ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE EN DOS HOSPITALES PERINATALES DE LA CIUDAD DE TOLUCA: SERIE DE CASOS.</p> <p>TRABAJO LIBRE 35/147 DR. GERARDO FERNÁNDEZ ORTEGA</p>	111
<p>DRENAJE TIPO PENROSE ¿DISMINUYE LA INCIDENCIA DE ABSCESO POSTQUIRÚRGICO?</p> <p>TRABAJO LIBRE 37/362 DR. MARIJOSE DE CRISTO GONZÁLEZ CALVILLO</p>	112
<p>CASUÍSTICA DE UNA DÉCADA DE INGESTA DE CÁUSTICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.</p> <p>TRABAJO LIBRE 42/312 DR. CARLOS ANDRÉS COLUNGA TINAJERO</p>	113
<p>RESULTADO EN EL MANEJO DE PACIENTES CON GASTROSQUISIS COMPLICADA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA, ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO DESDE EL 2014 AL 2021</p> <p>TRABAJO LIBRE 48/318 DR. CARLOS GUTIÉRREZ AVALOS</p>	114
<p>EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON HIPERINSULINISMO CONGÉNITO OPERADOS CON PANCREATECTOMÍA SUBTOTAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL, ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL 2009 AL 2021</p> <p>TRABAJO LIBRE 52/394 DR. MIGUEL ASTUDILLO CÓRDOVA</p>	115

EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN EL TRATAMIENTO DE LITIASIS RENAL CON ENDOLITOTRIZIA LÁSER EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EVALUADOS EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Autor: Wendi Arely Martínez Sánchez
Coautores: Sergio Landa Juárez, Barbara Yolanda Rivera Pereyra
Ponente: Wendi Arely Martínez Sánchez
Institución: UMAE Hospital De Pediatría C.M.N. SXXI, IMSS. CDMX.

JUSTIFICACIÓN. En México los datos epidemiológicos sobre la urolitiasis pediátrica son escasos por a registros limitados. Factores climáticos, dietéticos y de hidratación han contribuido al aumento en los niños. Su frecuencia es baja, sin embargo, sus complicaciones conforman un espectro que va desde la recurrencia hasta la insuficiencia renal. El objetivo del tratamiento debe ser la completa eliminación de los cálculos, prevenir la recurrencia, preservar la función renal, disminuir la morbilidad. Por lo que surge documentar la experiencia del tratamiento con ureterolitotricia y laser en un hospital de tercer nivel.

OBJETIVO: Describir la experiencia de la endolitotricia con láser en pacientes pediátricos con diagnóstico de litiasis renal evaluados en un hospital de tercer nivel. Material y métodos. Servicio de urología en hospital pediátrico público de 3° nivel en la CDMX. Participantes: Jefe de departamento de Urología pediátrica Cirujano Pediatra con subespecialidad en urología pediátrica, Médico adscrito al servicio de cirugía pediátrica, cirujano pediatra con subespecialidad en urología pediátrica. Residente de 4° año de cirugía pediátrica. Criterios de inclusión. Pacientes pediátricos ambos sexos con diagnóstico de litiasis renal tratados con endolitotricia laser como primer tratamiento quirúrgico. Criterios de eliminación: pacientes cuyos expedientes se encuentren incompletos y/o pérdida de afiliación. Estudio: retrospectivo, descriptivo, observacional, longitudinal. Durante un periodo de estudio del 1° de enero de 2014 a diciembre de 2019, se revisaron expedientes clínicos y electrónicos de los pacientes. Se analizaron las variables cuantitativas utilizando medidas de tendencia central como medias y medianas. Las variables cualitativas se reportaron con frecuencias y proporciones. Se describieron la población de estudio sexo y edad, así como los antecedentes personales sobre metabolopatías, alteraciones genéticas y antecedentes familiares, composición de los

cálculos, el tamaño así como su localización, las complicaciones postquirúrgicas, la modalidad de laser Ho-YANG utilizada, el número de procedimientos que ameritaron para lograr un estado libre de cálculos, el éxito y recidiva de la litiasis en 6 meses a 1 año de seguimiento posterior al procedimiento quirúrgico.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se sometieron a tratamiento con endolitotricia láser 23 pacientes, 14 hombres (60.9%) y 9 mujeres (39.1%), la mediana de edad fue de 7 años, (RIC p25-75; 3-11) años. El 17.4% tuvo antecedente familiar de litiasis, la composición más común los cálculos fue de oxalato de calcio en un 65.2%, con una mediana de tamaño de 10 mm (RIC p25-75; 7-12). La localización más frecuente fue a nivel caliceal (34.8%). La técnica de pulverización se usó en 12 pacientes (52.2%) y fragmentación en 11 pacientes (47.8%). La hematuria fue la complicación postquirúrgica frecuente en 15 pacientes (65.2%), un paciente curso con IVU (4.3 %) y en 7 pacientes no se reportaron complicaciones (30.40%). Seis ameritaron un 2° procedimiento para resolución de la litiasis, 3 se sometieron a 3 sesiones y el resto se sometió solo a un procedimiento. Dentro del seguimiento postquirúrgico se reportó éxito de 69.6 % y recidiva de 30.4% dentro de los 6 a un año de seguimiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: La litiasis renal es un problema de salud con incremento relevante en la población pediátrica. El tratamiento quirúrgico de la enfermedad litiasica infantil con endolitotricia laser, es una alternativa de mínima invasión. La experiencia y habilidad del especialista, junto con las características del cálculo como tamaño y localización, son determinantes en la elección del tratamiento y éxito. El manejo multidisciplinario de estos pacientes pudiera mejorar resultado a largo plazo. Conflicto de interés: Ninguno. Palabras clave: Litiasis, litotricia extracorpórea, laser holmium.

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS MALFORMACIONES VASCULARES LINFÁTICAS CON SIROLIMUS, ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Autor: Erik Antonio Mier Escurra
Coautores: Jorge Cortes Sauza, Pablo Lezama Del Valle, Juan Manuel Alarcón Almanza
Ponente: Erik Antonio Mier Escurra
Institución: Hospital Infantil De México “Federico Gómez”, CDMX.

FUNDAMENTO: Existe poca literatura en el manejo de malformaciones vasculares linfáticas (MVL) con Sirolimus, sobre todo en nuestra población.

OBJETIVO: Describir la respuesta y complicaciones de los pacientes con malformaciones vasculares linfáticas tratados con Sirolimus.

MATERIAL Y MÉTODOS: Escenario: Hospital de 3er nivel, público, población de bajos recursos. Participan cirujanos pediatras oncólogos de gran experiencia, con más de 15 y 20 años de graduados, en etapa máxima de curva de aprendizaje.

Se incluyeron los pacientes desde el nacimiento y hasta 5 años con MVL. Se excluyeron pacientes con: infección activa, inmunosuprimidos, que se niegan al tratamiento, o recibieron otro tratamiento. Se eliminaron si presentaron reacción alérgica a Sirolimus, complicaciones graves, cumplieron menos de 6 meses de tratamiento o se confirmó otro diagnóstico final.

Intervención: Estudio de cohorte prospectivo. Variables: Tamaño de MVL (tipo cualitativo): macro: quistes mayores de 1 cm por estudio de imagen, micro: compuestas por quistes menores de 1 cm, y mixto: compuesto por quistes macroquísticos y microquísticos. Respuesta (cualitativa): favorable: Disminución mayor del 90%, parcial: Disminución entre el 50-89%, desfavorable: Disminución de menos del 50% y falla: Aumento de volumen. Edad del paciente y edad de inicio del tratamiento (cuantitativos).

Efectos adversos del tratamiento (cualitativo). Recolección de la información: Prospectiva. Evaluación de las variables sin sesgo: No aplica. Se calculo la cantidad necesaria de pacientes, con la fórmula de estimación de una proporción en una población infinita. Fueron un total de 32 pacientes.

Análisis estadístico: Se describió la estadística demográfica, se reportó en gráficas de barras y tablas de contingencia, obteniendo medidas de tendencia central: media, mediana, moda, frecuencias y porcentajes, posteriormente se realizó correlaciones de tipo de malformaciones linfáticas, localización anatómica y su respuesta al tratamiento.

RESULTADOS: Del total de los 32 pacientes analizados: 62.5% fueron masculinos y 37.5% femeninos. La MVL se localizó en el cuello 46.88%, cabeza: 21.88%, tórax: 25%, abdomen: 3.13% y extremidades: 3.13%. En relación con el tipo de linfangioma: Macroquístico fueron 59.3%, mixto: 31.2% y microquístico 9.3%. Edad promedio de diagnóstico: 1.3 años, y de tamaño: 101 cc. Todos recibieron tratamiento al menos 6 meses de manejo y máximo 1 año de tratamiento. Respuesta favorable se observó en 12 pacientes con MVL del tipo macroquístico, 3 del tipo mixto y 1 de tipo microquístico. La mayoría de las MVL tuvieron una disminución de tamaño. 31% presentaron efectos secundarios todos menores.

DISCUSIÓN: Nuestros resultados fueron concordantes con otros estudios: más común en masculino, en cabeza y cuello y tipo macroquísticas. 63% de pacientes con MVL macroquística presentaron respuesta favorable, 30% con mixta y 33% con microquístico. No se encontró una p significativa entre el tipo de MVL, ni la localización anatómica. El 50% de las lesiones presento disminución mayor al 90%, 84.4% tuvieron una disminución de tamaño. Con nuestro tamaño de la muestra no obtuvimos significancia al análisis, se requiere una muestra mayor.

CONCLUSIÓN: El éxito o respuesta favorable de las MVL con Sirolimus es 50%, y el 84.4% de ellos presento disminución de tamaño. El Sirolimus es un tratamiento seguro para las MVL.

**NEUROFIBROMA PLEXIFORME DE LA UNIÓN CÉRVICO-TORÁCICA,
RESUELTO POR ABORDAJE TIPO TRAP DOOR, CASO CLÍNICO.**

Autor: Myrna Arreola Montes
Coautores: Aldo Iván Santiago Aguilar, José Martín Corral Sánchez,
Ulises Saúl Cervera Maltos
Ponente: Myrna Arreola Montes
Institución: Hospital Infantil De Morelia “Eva Sámano De López Mateos”, MICH.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Femenino de 11 años, con neurofibromatosis tipo 1. Cuatro meses de evolución de asimetría torácica, parestias de miembro torácico derecho, ptosispalpebral, y recientemente con taquipnea y estridor con el sueño.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: La radiografía simple de tórax, muestra masa intratorácica apical derecha, y desplazamiento de la columna aérea traqueal, la TAC con evidencia de masa sólida de 17cm x 15cm, que ocasiona compresión extrínseca a la tráquea distal y bronquio principal derecho, del pulmón hacia abajo, del pedículo vascular mediastinal y tronco vascular cervical. La RM, con tumoración cervico-toracica, que invade los espacios intervertebrales y los forámenes raquídeos a nivel de C6,C7, T1 y T2.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Se programa para procedimiento quirúrgico, con abordaje cervico-esterno-toracotomía (Trap – Door) derecha. Se realiza incisión cervical a lo largo del borde medial del músculo esternocleidomastoideo, a la escotadura del manubrio esternal, y se continúa en línea media del esternón hasta el 5to espacio intercostal y de ahí de forma transversa hasta la línea axilar anterior, se evidencia masa tumoral ocupando el 70% del espacio intratorácico derecho y cervical medio inferior, se procede con la disección, se separa del tejido neural y se logra la resección del 100%.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Evolución favorable pos-quirúrgica, con apoyo de oxígeno suplementario, hemodinámicamente estable, solo requirió transfusión de un paquete globular, adecuado control del dolor mediante analgesia con opioides en bomba de infusión.

Se retira sonda pleural a las 72 hrs y pasa a piso al tercer día del evento quirúrgico.

El estudio Histopatológico reporto neurofibroma plexiforme. En su última cita de seguimiento, ha disminuido la ptosis palpebral, ha mejorado la fuerza de prensión, y la cicatrización de la herida quirúrgica es adecuada.

DISCUSIÓN: Neurofibroma plexiforme nace del nervio periférico. Los tumores de la entrada torácica presentan un desafío por la relación a estructuras nerviosas y vasculares vitales, y por el acceso difícil, frecuentemente no se logra resección completa. El abordaje tipo trap door ofrece buen acceso al mediastino superior y las estructuras del cuello, además de mejor exposición para resecciones tumorales de forma segura.

CONCLUSIÓN: El abordaje tipo trap door es relativamente nuevo, eficaz y seguro para las masas de la unión cervicotorácica. Ofrece una exposición completa de toda la entrada torácica y el ápice, permitiendo el trabajo sobre las estructuras vasculares, viscerales y nerviosas del cuello, favoreciendo así la resección completa tumoral.

Nuestro paciente no presentó complicaciones transoperatorias, y no requirió manejo ventilatorio dinámico posoperatorio.

RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y ONCOLÓGICOS DE UNA SERIE DE CASOS DE TUMORES HEPÁTICOS MALIGNOS TRATADOS EN UN CENTRO INTEGRAL DE CÁNCER PEDIÁTRICO

Autor: Pablo Gallo Steta
Coautores: Pablo Lezama Del Valle, Génesis González Abarca, Génesis Azaria Santos García
Ponente: Pablo Gallo Steta
Institución: Hospital Infantil De México “Federico Gómez”, CDMX.

FUNDAMENTO: Los tumores hepáticos malignos son raros en la población pediátrica, el manejo es multidisciplinario, sin embargo, el uso de cirugía para resección tumoral es piedra angular para el tratamiento de estas. En los últimos 20 años el conocimiento de dichas patologías, el manejo médico y el abordaje quirúrgico ha ido cambiando, así como el uso de nuevas tecnologías ha mejorado la supervivencia de los pacientes.

La curva de aprendizaje del cirujano que realiza dichos procedimientos ha resultado un reto ya que son cirugías complejas y con un alto potencial de sangrado. En nuestra institución, los tumores hepáticos representan el 5% de todos los pacientes con cáncer.

OBJETIVO: El objetivo de nuestro estudio es comparar nuestra serie con las diferentes series internacionales en términos de resultados quirúrgicos y oncológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo, cuyo método de recolección de datos fue el expediente clínico de pacientes de 0 a 18 años con diagnóstico de tumores hepáticos malignos primarios tratados en un hospital de tercer nivel del sector público durante 2008 a 2018. Se incluyeron datos dermatográficos, presentación clínica, estudios de imagen, estadio de la enfermedad, informes de patología, resultados de laboratorio, nota operatoria, presencia de metástasis, metastasectomía, tipo de quimioterapia, dosis, seguimiento y supervivencia. El análisis estadístico se realizó con la ayuda de SPSS, con estadística descriptiva, chi cuadrada y datos de supervivencia.

RESULTADOS: Se identificaron 149 pacientes con tumores hepáticos malignos durante el periodo de estudio, hepatoblastoma 82.6%, hepatocarcinoma 6.7%, sarcoma embrionario 7.4% y tumor hepático de células transiciona-

les 3.4%. La edad media al diagnóstico fue de 50.7 meses.

Con base en el PRETEXT la distribución al momento del diagnóstico fue PRETEXT I el 12.1%, II el 43.6%, III 34.9% y IV el 8.7%. Las metástasis a distancia se presentaron en 22.8% de los pacientes al momento del diagnóstico, 58.8% fueron operados de resección de metástasis.

Resección quirúrgica inicial en 36.7%, el resto recibió quimioterapia neoadyuvante disminuyendo de estadio en el 77.2%. Se realizó hepatectomía derecha en el 61.1%, hepatectomía izquierda en el 16.8%, mesohepatectomía en 6% y resecciones no anatómicas en el 8.7%.

Esta serie incluye a un paciente con trasplante hepático ortotópico y un caso sin resección. La supervivencia global fue de 57.7%, 20.8% perdieron seguimiento y 12.1% fallecieron por progresión de la enfermedad. Los pacientes que presentaron de forma inicial PRETEXT I y II obtuvieron mejores resultados con 80 y 71% respectivamente.

DISCUSIÓN: En nuestra población, el tumor hepático más frecuente fue hepatoblastoma, concordando con la literatura internacional. El estadio inicial fue PRETEXT II y III, a diferencia de países de primer mundo donde el diagnóstico suele realizarse en etapas más tempranas. La supervivencia global de 57.7% es comparable con la reportada en series internacionales.

CONCLUSIÓN: Nuestra serie tiene resultados aceptables, considerando el entorno de un país con recursos limitados que podría mejorarse con un sistema de referencia oportuno a tercer nivel de atención.

**CIRUGÍA RADIODIRIGIDA ASISTIDA CON GAMMASONDA INTRAOPERATORIA
EN NEUROBLASTOMA RETROPERITONEAL RECURRENTE.
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO PEDIÁTRICO**

Autor: Enna Melissa Rodríguez Cárdenas
Coautores: Sergio Zavaleta Hernández
Ponente: Enna Melissa Rodríguez Cárdenas
Institución: Fundación Oftalmológica De Santander -FOSCAL Bucaramanga, Colombia.

INTRODUCCIÓN. El uso de radiocirugía en tumores malignos es aceptado en adultos, hay poco escrito en niños. En Neuroblastoma (NB) del alto riesgo el estado posquimioterapia hace difícil localizar con precisión un NB residual o recurrente y la asistencia transquirúrgica con gammasonda y radiotrazador permite ubicar con precisión cualquier tejido tumoral.

CASO CLÍNICO. Masculino de 6 años con clínica de debut por masa abdominal palpable diagnosticada como NB suprarrenal estadio 4 por metástasis óseas múltiples. Recibió terapia multimodal con cisplatino, etopósido seguido de resección de tumor suprarrenal izquierdo en bloque con riñón y ganglios para aórticos y posterior irradiación de lecho tumoral. En el seguimiento gammagráfico mostro captación del trazador metayodobencilguanidina (MIBG) en lecho quirúrgico decidiendo re-laparotomía resecaando tejido histológicamente con tumor viable.

A 8 meses de resección tumoral primaria persiste captación retroperitoneal de radiotrazador; se realiza tercera laparotomía sin identificar lesión tumoral macroscópica ni histológica; con la ausencia histopatológica de enfermedad se realiza trasplante autólogo. A 4 meses del trasplante el lecho tumoral es por gammagrama hipercaptante de MIBG sin lesión topográfica en resonancia magnética ni tomografía

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA. Se decide resección de lesión ávida de MIBG guiada por gammasonda previa administración de radiotrazador 36 hrs antes de 4ta laparotomía asistiéndola con gammasonda intraoperatoria que permitió identificar y delimitar tejido hipercaptante de MIBG en retroperitoneo resecaándolo y documentando histológicamente la presencia de células tumorales en tejido extraído.

RESULTADO. A 3 años de cirugía asistida con gammasonda la evolución del paciente es sin actividad metabólica y libre de enfermedad.

DISCUSIÓN. La MIBG tiene un rol importante en la detección de tejido potencialmente maligno independiente de los hallazgos macroscópicos o topográficos de otros estudios de imagen, el uso de radioguía con una gammasonda intraoperatoria es una herramienta útil en la detección de células tumorales especialmente no detectables por otros métodos, su uso en cirugía oncológica pediátrica es limitado y hay pocos reportes en Latinoamérica; en nuestro paciente con Neuroblastoma recurrente fue útil optimizando su sobrevida.

TERATOMA MADURO RETROPERITONEAL BILATERAL

Autor: Génesis González Abarca
Coautores: Pablo Lezama Del Valle, Pablo Gallo Steta, Génesis Azaria Santos García
Ponente: Génesis González Abarca
Institución: Hospital Infantil De México “Federico Gómez”, CDMX.

INTRODUCCIÓN. Los tumores germinales de localización intra abdominal o retro peritoneal son raros y representan menos de 5% de los tumores germinales en la infancia, los teratomas maduros son el subtipo histológico más frecuente y están compuestos por tejido maduro representativo de las tres capas germinales. La resección quirúrgica es el único tratamiento curativo.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE. Masculino 1 año 6 meses de edad, sin antecedentes de importancia, que presenta aumento de volumen progresivo en región abdominal desde los 2 meses de edad.

Un mes previo al ingreso se agregan fiebre, vómitos gástricos post prandiales y evacuaciones diarreicas. Acude a hospital de tercer nivel de atención por deshidratación donde a la exploración física se identifica tumor abdominal, desnutrición crónica agudizada.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA. Radiografía de abdomen con desplazamiento de asas intestinales y calcificaciones. TAC simple y contrastada donde se observa tumor abdominal de gran tamaño, heterogéneo, lobulado, con calcificaciones en su interior, que condiciona desplazamiento de estructuras e hidronefrosis bilateral. Biometría hemática con leucocitosis, predominio de neutrófilos, anemia microcítica hipocrómica y plaquetas normales. Marcadores tumorales negativos. Catecolaminas en orina negativas. Se realizó biopsia incisional observando tumor de color café-blanquecino de consistencia blanda y friable. Estudio histopatológico reporta tumor predominantemente necrótico con áreas viables sugerentes de teratoma, no se observó componente inmaduro viable.

Intervención terapéutica: Referido a nuestro hospital donde se realizó laparotomía transversa con extensión torácica izquierda observando tumor retroperitoneal de 20x20 cm, 599

g, componente sólido y quístico que cruza la línea media abdominal, adherido a fascia pre vertebral, ambos riñones y hemi diafragma izquierdo, el cual se reseca en su totalidad. Se coloca sonda pleural izquierda.

RESULTADOS. Reporte histopatológico de teratoma maduro multifragmentado. Evolución clínica favorable, inició vía oral a las 72 horas post quirúrgico con adecuada tolerancia, se retiró sonda pleural en quinto día post operatorio, egresó 9 días después de procedimiento quirúrgico. En seguimiento por consulta externa evoluciona asintomático, tolerando dieta vía oral, ganancia ponderal de 1300 gr después de un mes. Marcadores tumorales negativos. Sin evidencia clínica de tumor.

DISCUSIÓN. Los teratomas son tumores sumamente raros, representan 3% de todos los tumores de la infancia, siendo poco frecuente la localización retroperitoneal. La mayoría de los casos reportados en la literatura son de comportamiento benigno, como es el caso de nuestro paciente.

El 70% de los teratomas retroperitoneales se presenta de lado izquierdo, sin embargo, debido al gran tamaño del tumor en nuestro paciente que, aunque concuerda con la literatura, éste cruzaba la línea media haciéndose bilateral. Si bien la resección quirúrgica fue realizada por fragmentos debido al gran tamaño, se ha descrito que la ruptura tumoral transoperatoria no afecta los resultados y las complicaciones suelen presentarse hasta en un 50 a 100% de los casos.

CONCLUSIÓN. La resección quirúrgica completa de los teratomas maduros retroperitoneales es el tratamiento de elección, sin embargo, el gran tamaño que suelen alcanzar estos tumores al momento del diagnóstico y tratamiento, la gran distorsión de anatomía vascular que pueden condicionar y la relación con estructuras adyacentes, dificulta el procedimiento quirúrgico resultando en altas tasas de morbimortalidad.

**RESECCIÓN DE TERATOMA MIXTO MEDIASTINAL POR
ESTERNOTOMÍA CON EXTENSIÓN HEMICLAMHELL MODIFICADA,
REPORTE DE CASO CLÍNICO**

Autor: César Augusto Landa Rivera
Coautores: Arturo Mercado García
Ponente: César Augusto Landa Rivera
Institución: UMAE 48 HGP., IMSS, Leon, Gto.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Y EVALUACION DIAGNOSTICA: Masculino de 15 años sano, con dolor de hombro izquierdo, disnea leve, ingresa con polipnea, tiraje intercostal, murmullo vesicular disminuido en hemitórax izquierdo. En placa de tórax, radiopacidad en hemitórax izquierdo, marcadores tumorales positivos (hCG-B, AFP). Tomografía Tórax: Tumoración en mediastino medio de 132x90x78mm, heterogénea con calcificaciones, vascularizado que desplaza la tráquea, corazón y grandes vasos a la derecha.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA,

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Se realizó esternotomía con ampliación hemiclamsell modificada izquierda con resección completa de tumor de mediastino medio izquierdo, heterogéneo, indurado, vascularizado de 15x10x8 cm, egresando sin complicaciones. Reporte histopatológico: tumor de células germinales: teratoma maligno 10% y seminoma clásico 90%, manejo con 3 ciclos de quimioterapia (BEP), sin datos de actividad tumoral durante dos años.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: Los tumores de mediastino en niños son poco frecuentes, ocupando el 3% del total de cirugías de tórax. El índice de supervivencia es del 88% en menores de 2 años y 33% en adolescentes, de acuerdo al tipo tumoral y forma de presentación. Cerca de la cuarta parte de los tumores de mediastino son malignos, por lo cual, es de suma importancia un abordaje multidisciplinario que permita el diagnóstico preciso y facilite la planeación quirúrgica. Se presenta una modificación a la técnica quirúrgica habitual para mejor exposición y facilidad de la exéresis tumoral completa, como parte fundamental del tratamiento definitivo para mejor el pronóstico.

HEPATOBLASTOMA CON EXTENSIÓN TUMORAL INTRACARDIACA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Autor: Edgar Guillermo Lazcano Rojas
Coautores: Alejandra Alcantar Urbano,
Ponente: Alejandra Alcántar Urbano
Institución: Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, CDMX.

PROPÓSITO: Reportar el manejo quirúrgico de un tumor auricular como extensión de un hepatoblastoma PRETEXT III en un paciente en edad preescolar.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE. Masculino de 4 años de edad, sin antecedentes heredo-familiares ni personales de importancia; inicia su padecimiento con distensión abdominal y fiebre intermitente de 1 mes de evolución. Es valorado por médico de primer contacto quien solicita ultrasonido abdominal detectando tumor hepático con infiltración a venas supra-hepáticas, vena cava y aurícula derecha, con estos hallazgos es enviado al servicio de oncología.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA. Se realiza tomografía toraco-abdominal en fase simple, venosa, arterial y portal en la cual se observa tumor hepático que compromete segmentos VIII, VII y I. Con patrón heterogéneo en su interior, trabeculado, con reforzamiento periférico, dilatación de la vía biliar intrahepática y trombosis venosa de la cava intrahepática con extensión a aurícula derecha. Con los hallazgos tomográficos se realiza ecocardiograma transtorácico encontrado tumor pediculado en atrio derecho con extensión a vena cava inferior la cual se encuentra ocupada por tumor en su segmento intrahepático, con flujo venoso mínimo. Los laboratorios preoperatorios dentro de parámetros normales para la edad. Alfa-fetoproteína al ingreso de 1210 ng/mL.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA. Previa confirmación histológica por biopsia hepática abierta y quimioterapia neoadyuvante con esquema PLADO, se realiza intervención quirúrgica posterior al 4to ciclo de quimioterapia. Se realiza abordaje torácico mediante incisión longitudinal media esternal y atriectomía derecha bajo asistencia circulatoria e hipotermia inducida; se identifica tumor pediculado, adherido a pared libre de aurícula derecha sin

infiltración macroscópica, se reseca tumor en su totalidad.

En el mismo tiempo quirúrgico se realiza lobectomía hepática derecha extendida mediante incisión abdominal tipo Mercedes Benz. Seguimiento y resultados. Reporte histopatológico del tumor auricular comentado como metástasis de hepatoblastoma estadio 3, medidas: 4.7x2.8x0.6 cm. El paciente cursó con fuga biliar diagnosticada a los ocho días postoperatorios, ameritando derivación biliodigestiva en Y de Roux iniciando vía oral a los cinco días, presentando buena evolución postquirúrgica. Siendo egresado a los 20 días de estancia intrahospitalaria.

DISCUSIÓN. La extensión intracardiaca del hepatoblastoma es extremadamente rara (0.67%-3% de todos los casos). El hepatoblastoma con metástasis intracardiaca está asociado a mal pronóstico, poco se ha descrito en la literatura sobre la resección exitosa de la extensión intracardiaca de este tipo de tumores.

CONCLUSIÓN. El manejo quirúrgico del hepatoblastoma continua siendo la piedra angular del tratamiento, incluso en pacientes con extensión intracardiaca donde el manejo multidisciplinario es esencial. La quimioterapia neoadyuvante ha permitido que los tumores irreseccables se vuelvan reseccables, lo que también ha contribuido a mejorar la tasa de supervivencia general.

**SALVAMENTO DE EXTREMIDAD CON RECONSTRUCCIÓN
VASCULAR POSTERIOR A RESECCIÓN EN BLOQUE DE
SARCOMA SINOVIAL, CASO CLÍNICO.**

Autor: Ana Beatriz Calderón Alvarado
Coautores: Aldo Iván Santiago Aguilar, Alejandro Célis Jiménez, Gabriela Ambriz González
Ponente: Ana Beatriz Calderón Alvarado
Institución: UMAE Hospital De Pediatría Centro Médico Nacional De Occidente, Jal.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Femenino de 11 años, detectada con incremento de volumen en muslo derecho, con masa palpable en región medial de 20 x 15 cm en sus diámetros mayores, firme, sin cambios en la coloración o temperatura, no dolorosa y sin sintomatología asociada.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: La resonancia magnética mostró una masa heterogénea a nivel de tercio medio del muslo derecho isointensa en T1 y T2, con áreas de hiperintensidad en T2 tras la aplicación de contraste, bordes lobulados e irregulares con infiltración de músculos vasto medio, vasto lateral, aductor, recto interno y sartorio, con involucro de vena y arteria femoral en toda la extensión de la tumoración con permeabilidad de ambas. Se realiza biopsia percutánea reportándose sarcoma sinovial. Con evidencia de metástasis pulmonar en estudios de extensión.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Tras quimioterapia neoadyuvante, se realiza cirugía para control local. Se aborda cara anterior de muslo derecho, identificando lesión sólida de bordes irregulares, que involucraba músculos aductores, vastos interno y externo, vaina profunda del recto anterior del cuádriceps, recto interno y sartorio, envolviendo vena y arteria femoral sin posibilidad de preservar estas estructuras. Se procuran venas safenas, y se realiza resección en bloque de la lesión, se coloca safena ipsilateral a vena femoral y contralateral invertida a arteria femoral, anastomosis con prolene vascular 6-0 surjete continuo, se verifica flujo de ambos vasos mediante doppler.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Cursa adecuada evolución postoperatoria, con discreto edema de la extremidad, ultrasonido doppler a las 24 y 72 horas corroboran permeabilidad del injerto. La histopatología de la pieza quirúrgica confirma sarcoma sinovial con márgenes

quirúrgicos negativos. Fue egresada en su 9° día postquirúrgico. Actualmente asintomática.

DISCUSIÓN: El tratamiento estándar descrito en la literatura para el sarcoma de tejido blando de las extremidades es la cirugía con preservación de extremidad. Para un pequeño subconjunto de pacientes, puede ser necesaria la reconstrucción vascular concomitante para asegurar la viabilidad y función de la extremidad mientras se extirpa el tumor con un margen de resección adecuado, en niños representa un proceso complicado debido al pequeño calibre de los vasos nativos, la falta de disponibilidad de injertos y el rápido crecimiento somático que puede conducir a la pérdida del injerto, sin embargo, existen reportes con buenos resultados.

CONCLUSIÓN: La afección del paquete vascular mayor por sarcomas de tejidos blandos en extremidades, no debe considerarse una contraindicación absoluta para la conservación de la extremidad. Se requiere el análisis de una mayor cantidad de casos de pacientes pediátricos, donde se evalúe permeabilidad y complicaciones con el uso de diferentes tipos de injertos.

SERIE DE CASOS DE HIPERPLASIA NODULAR FOCAL.

Autor: Eduardo Vásquez Gutiérrez
Coautores: Ibraim Soto García, Sandra Patricia Mota Díaz, Francisco Mora Cruz
Ponente: Francisco Mora Cruz
Institución: Unidad Médica de Alta Especialidad No.25 C.M.N. del Noreste.

FUNDAMENTO: La hiperplasia nodular focal (HNF) es una entidad rara en niños para la cual no existe un consenso de manejo establecido, precisamos compartir parte de nuestra experiencia.

PROPÓSITO: Buscamos responder ¿existe similitud o discrepancia del manejo establecido en nuestros pacientes respecto a lo descrito en la literatura? Escenario: Hospital público de tercer nivel de atención del noreste del país, departamento de cirugía pediátrica, participación de 2 cirujanos, un cirujano oncólogo pediatra con más de 20 años de experiencia y un cirujano pediatra egresado de nuestro hospital en 2017. Participantes: Se seleccionaron pacientes pediátricos, con diagnóstico por imagen de HNF, con seguimiento habitual en nuestra consulta.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: estudio observacional, retrospectivo a 5 años. Resultados: En los últimos 5 años, atendimos a cinco pacientes con diagnóstico de HNF, dos han recibido tratamiento y tres sólo con manejo conservador. Se trata de 2 pacientes de sexo femenino de 15 años, y 3 varones de 9, 12 y 13 años. El masculino de 12 años, con antecedente de varices esofágicas secundarias a hipertensión portal e insuficiencia tricuspídea moderada como comorbilidades. El resto sin comorbilidades asociadas, 4 de ellos (80%) debutaron con dolor y aumento de volumen en hipocondrio derecho, sin síntomas acompañantes, el otro fue un hallazgo. En el abordaje diagnóstico, todos con marcadores tumorales negativos, se les realizó ultrasonido abdominal como estudio inicial, los hallazgos comúnmente reportados fueron una imagen en parénquima hepático, heterogénea de predominio hipocóico de morfología variable, con cicatriz central. Topográficamente descritas en segmento V de Coinaud para 2 de ellos (40%), segmento VII (20%), II-III (20%), III-IV (20%). Las más grandes con dimensiones aproximadas de 4.8 x 7.8 x 9.4 cm y 9.3 x 7.6 x 5.5 cm correspondientes a los varones de 12 y 13 años respectivamente, la menor de ellas de 4.7 x 4.5 x 4.4 cm en el varón de 9 años. Ambas mujeres con lesiones aprox-

imadas de 5 x 6 cm. Los pacientes de sexo masculino, han recibido manejo conservador, con seguimiento semestral con ultrasonido, sin presentar cambio significativo en la morfología ni dimensiones de las lesiones descritas previamente, reportándose totalmente asintomáticos actualmente. Una paciente de 15 años con tumoración en topografía de segmento II-III Coinaud cursó con dolor recurrente en hipocondrio derecho, se le realizó segmentectomía hepática II y III a los 13 años de edad, con hallazgo de tumoración hepática multilobulada, de bordes bien definidos de 5 x 6 cm aproximadamente, con reporte histopatológico compatible con HNF, la paciente con tumoración en topografía de segmento VII con presentación clínica similar, se reusó a manejo quirúrgico y recibió 2 sesiones de termoablación con microondas, ambas pacientes con evolución satisfactoria tras más de 2 años de seguimiento sin evidencia de recaída en estudios de imagen.

DISCUSIÓN: La HNF tiene una prevalencia del 0.9% y es más común en mujeres de la tercera y cuarta décadas de la vida, en niños la edad de presentación habitual es alrededor de los 2 y 5 años de edad, lo que contrasta con la edad de presentación en nuestros pacientes, la mayoría de éstos cursan con síntomas asociados a compresión por efecto de masa, a diferencia de los adultos, en su mayoría asintomáticos. Los hallazgos clínico-radiológicos constituyen la piedra angular para el diagnóstico. Si bien no existe un consenso sobre el manejo de la HNF, en aquellos que presentan regresión espontánea o son asintomáticos su manejo es conservador. El manejo quirúrgico según algunos expertos se recomienda en pacientes sintomáticos y con lesiones mayores a 5 cm, la termoablación y la embolización arterial son otras alternativas no quirúrgicas de tratamiento.

CONCLUSIÓN: Hace falta un consenso para el manejo y seguimiento de pacientes pediátricos con hiperplasia nodular focal.

**HALLAZGOS CLÍNICOS Y SONOGRÁFICOS ASOCIADOS A
INFILTRACIÓN TESTICULAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON
LEUCEMIA, ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES**

Autor: José Luis González Chávez
Coautores: Edgar Guillermo Lazcano Rojas, Edgar Melo Camacho, Analí Meza Gallegos
Ponente: José Luis González Chávez
Institución: CMN 20 de Noviembre, ISSSTE, CDMX.

RESUMEN: La Leucemia linfoblástica aguda es la enfermedad oncológica más frecuente en la infancia. Se consideran órganos santuarios aquellos sitios donde la quimioterapia penetra con dificultad, con riesgo de enfermedad resistente latente, mal pronóstico y tratamiento diferente; estos órganos son el Sistema nervioso central y los testículos. Si bien, la infiltración testicular es infrecuente, puede ser confundida con otros padecimientos testiculares.

JUSTIFICACIÓN: la infiltración testicular por leucemia es infrecuente, y el diagnóstico por imagen cuenta con poca sensibilidad, lo que puede condicionar biopsias testiculares innecesarias. Objetivo: analizar la presencia de características clínicas y radiológicas sugestivas de enfermedad testicular y su asociación histológica con infiltración por leucemia.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional, retrospectivo descriptivo y de tipo casos y controles que incluyó a los pacientes con diagnóstico de leucemia que fueron sometidos a biopsia de testículo en un periodo de 6 años en un centro médico nacional. Se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico de leucemia, y se analizaron de forma descriptiva las variables de: diagnóstico de base, motivo de toma de biopsia, hallazgos ultrasonográficos y etapa del tratamiento, microlitiasis, e imágenes hipoecogénicas por ultrasonido, induración, aumento de volumen y dolor; y su asociación con infiltración a testículo.

RESULTADOS: se incluyeron un total de 18 pacientes, de los cuales 11 pacientes (44.4%) reportaron microlitiasis testicular en el ultrasonido sugestivo de infiltración, siendo éste el principal motivo de biopsia testicular. Sin embargo, de los 11 pacientes intervenidos con microlitiasis, 1 presentó infiltración por leucemia (OR: 0.075, p: 0.026).

Caso contrario en aquellos pacientes con aumento de volumen (OR: 7.5, p: 0.002) e induración a la palpación (OR: 14, p<0.001) que reportaron biopsias positivas.

DISCUSIÓN: a pesar de que se han intentado implementar estudios de imagen para diagnóstico de enfermedad oculta, la biopsia continúa siendo el único diagnóstico aceptado.

Sin embargo, debido a que el pronóstico de la enfermedad oculta y la enfermedad evidente es similar, se ha disminuido el número de biopsias tomadas durante el tratamiento. Dentro de los hallazgos encontrados en nuestro estudio, se encontró una pobre asociación con microlitiasis por ultrasonido.

CONCLUSIONES: La sintomatología testicular (incremento de volumen e induración) tiene una asociación a la presencia de infiltración por leucemia estadísticamente significativa. La microlitiasis no es un hallazgo sugestivo de infiltración por leucemia; y la presencia de imágenes hipoecogénicas por ultrasonido y el dolor testicular, aparentan tener una relación positiva con la presencia de leucemia en testículo.

MANAGEMENT AND OUTCOMES OF GASTROINTESTINAL CONGENITAL ANOMALIES IN LOW-, MIDDLE- AND HIGH-INCOME COUNTRIES: A MULTI-CENTRE, INTERNATIONAL, PROSPECTIVE COHORT STUDY

Autor: Naomi Wright
Coautores: Andrew Leather, Bruno Adrián Martínez Leo, Alejandro Peñarrieta Daher
Ponente: Bruno Adrián Martínez Leo
Institución: King's Centre For Global Health and Health Partnerships, King's College London, Londres, Reino Unido

FUNDAMENTO: Las Malformaciones Congénitas (MC) representan un tercio de todas las muertes infantiles a nivel global (> 500,000 muertes anuales). Se estima que 97% de esas muertes ocurren en países de bajos y medianos ingresos (LMICs).

PROPÓSITO: Reportar los resultados de un multicéntrico, internacional y prospectivo de cohortes de MC Gastrointestinales alrededor del mundo, comparando resultados entre LMIC y países de alto ingreso (HIC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizado en 264 hospitales públicos y privados de 1º a 3er niveles, alrededor del mundo. La autora principal es doctoranda en Salud Global y el resto del comité organizador está compuesto por cirujanos pediatras con interés en cirugía global, estadistas, maestros en salud pública y global; colaboradores del estudio: estudiantes de medicina, cirujanos generales, residentes en cirugía pediátrica y cirujanos pediatras alrededor del mundo.

Se estudiaron 7 malformaciones congénitas [atresia esofágica (AE), hernia diafragmática congénita (HDC), atresia intestinal (AI), gastroquiasis (GQ), onfalocele (ONF), malformación anorrectal (MAR), y enfermedad de Hirschsprung (EH)] en el recién nacido. Los datos fueron recolectados por los equipos de atención quirúrgica entre octubre 2018 y abril 2019 usando una base de datos en REDCap. La muestra se calculó usando corrección de Bonferroni, asumiendo 80% de poder y 5% de error tipo 1.

La variable principal (primary endpoint) fue mortalidad hospitalaria por cualquier causa. El análisis incluyó sólo registros completos, corroborados por el comité organizador y que hayan tenido a menos un mes de seguimiento. No hubo intervención. Se usaron análisis multivariados multinivel para identificar factores asociados con la mortalidad usando Stata y SAS V.9.4, determinando $P < 0.05$ como significativo.

RESULTADOS: Se analizaron los registros de 3,849 pacientes en 264 hospitales de 74 países. Hubo 453 GQ, 560 AE, 448 HDC, 681 AI, 991 MAR, 517 EH. Hubo diferencias significativas en la mortalidad de todas las condiciones estudiadas entre LMIC y HIC. La mortalidad por GQ fue la más dispar con mortalidad de 1% en HIC y 90% en LIC, y 32% en MIC, seguida por AE con 7.2%, 85.7% y 29.4% respectivamente. Los factores asociados a mayor mortalidad por categoría de país: LIC vs HIC, 2.78 (1.88-4.11), MIC vs HIC (2-11 (1.59-2.79) fueron: presencia de sepsis al momento de la presentación 1.2 (1.04-1.40), calificación de ASA 4-5, 1.82 (1.4-2.35) ó 3, 1.58 (1.30-1.92) vs 1-2; ausencia de lista de seguridad quirúrgica 1.39 (1.02-1.90), ventilación mecánica requerida pero no disponible 1.96 (1.41-2.71) y nutrición parenteral (NPT) requerida pero no disponible 1.35 (1.05-1.74). Factores de menor mortalidad: NPT 0.61 (0.47-0.79), catéter percutáneo PICC 0.65 (0.5-0.86), catéter central 0.69 (0.48-1.00).

DISCUSIÓN: La diferencia de mortalidad entre las diferentes malformaciones congénitas es importante entre los diferentes países. Los diversos factores parecen relacionarse a tres aspectos clave: los momentos de presentación, intervención quirúrgica y periodo perioperatorio, aumentando ésta con la ausencia de diagnóstico antenatal, nacimiento fuera del centro quirúrgico. La principal limitante radica en el aspecto observacional del estudio.

CONCLUSIÓN: Las disparidades de mortalidad entre diferentes países son inaceptables y se requiere de acciones inmediatas para subsanar la inequidad de acceso oportuno y de calidad al cuidado quirúrgico neonatal.

ESTUDIO COMPARATIVO EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y NO QUIRÚRGICO DE GASTROSQUISIS, EXPERIENCIA EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL 2018-2020

Autor: Gerardo Gallardo Bañuelos
Coautores: Denisse Estefanía Alfaro Castellanos, Rafael Santana Ortiz, Fernando Duque Zepeda
Ponente: Gerardo Gallardo Bañuelos
Institución: Hospital Civil De Guadalajara “Fray Antonio Alcalde”, Jal.

FUNDAMENTO. En los últimos años, el tema de la gastrosquisis ha recibido una atención considerable debido a la controversia en torno a su patogénesis, así como en las mejoras del tratamiento quirúrgico y no quirúrgico. Existe un número limitado de estudios que informan sobre los resultados y preferencias de tratamiento entre el cierre quirúrgico o cierre sin sutura.

PROPÓSITO. El objetivo de este estudio es describir la experiencia adquirida tanto en la técnicas de cierre quirúrgico como no quirúrgico de gastrosquisis.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se llevó cabo un estudio en un centro hospitalario de tercer nivel de atención por parte de un médico residente en la subespecialidad de cirugía pediátrica. Fueron incluidos 34 registros, pacientes de ambos sexos con diagnóstico de gastrosquisis y edad menor de 1 semana de vida, que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico y no quirúrgico en el periodo 2018 -2020, no encontrándose criterios de exclusión o eliminación. Fueron recabados a partir del expediente clínico de cada paciente. No se requirió cálculo para el tamaño de la muestra y se llevó cabo muestreo de casos consecutivos. Se efectuó análisis estadístico de tipo descriptivo utilizando la paquetería IBM SPSS Statistics 24 en español.

RESULTADOS. Se identificaron 34 casos de gastrosquisis [grupo de tratamiento quirúrgico (TQ), n=16 y grupo de tratamiento no quirúrgico (TNQ), n=18]. La edad de gestación fue de 36.06 ± 1.86 y de 37.34 ± 1.638 para el grupo TQ. El diagnóstico prenatal se llevó a cabo en el segundo y tercer trimestre con 38.9% en cada uno en el grupo de TNQ mientras que en el grupo de TQ se identificó mayormente en el segundo trimestre (43.8%). En relación con episodios complicados identificamos atresia intestinal en 3 pacientes que recibieron TNQ mientras que la necrosis se identificó en 1 paciente con TNQ y 2 del grupo de TQ. las complicaciones abdominales solo se reportaron en 2 casos en el grupo de TQ (síndrome compartimental y vólvulo) vs el grupo de TNQ que no

reporto complicaciones abdominales. El grupo de TQ requirió VM en 81.3% de los casos vs el 55.6% de los pacientes en el grupo de TNQ. Ambos grupos informaron una tasa de complicaciones similares (61.1% en el grupo de TNQ vs el 62.5% del grupo de TQ) sin embargo, la frecuencia de sepsis y choque séptico fue mayor en el grupo de TNQ (44.4% y 22.2%) al compararlo con el grupo de TQ (43.8% y 6.3%), con una mortalidad discretamente mayor para el grupo de TNQ (22.2% vs 18.8%).

DISCUSIÓN. Sin duda, el método preferido para el manejo de la gastrosquisis ha cambiado fundamentalmente con el tiempo, pero a la fecha sigue siendo un defecto congénito enigmático, con considerables oportunidades de mejora en varias áreas clave.

CONCLUSIÓN. Aún existen barreras para la optimización de la atención y los resultados en gastrosquisis, así como la publicación de la evidencia y calidad para informar las mejores prácticas clínicas; Aunque la tendencia actual se enfoque en el cierre no quirúrgico, se requiere una muestra más amplia de comparación para lograr estandarizar la atención de esta patología.

FÍSTULA NEUROENTÉRICA DEPENDIENTE DE DUPLICACIÓN INTESTINAL. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Autor: Donaji De Jesús Rodríguez Ortiz
Coautores: Alejandro pájaro Vallin, José Asz Sigall, Francisco Antonio Medina Vega
Ponente: Donaji De Jesús Rodríguez Ortiz
Institución: Instituto Nacional de Pediatría

INTRODUCCIÓN: Las fistulas neuroentéricas son anomalías raras que representan el 0.3-5% de los tumores espinales. Aún se conoce muy poco acerca del mecanismo de patogénesis exacto pero se ha propuesto como origen la separación incompleta de la notocorda del intestino. La localización más frecuente es a nivel dorsal y cervical y pueden ser de tipo intraespinal o extraespinal. Se observa más frecuentemente durante los primeros 6 meses de vida. Los pacientes pueden presentarse con un amplio rango de síntomas dependiendo del tamaño y localización.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Femenino de 17 días de vida con antecedente de asociación VACTERL hospitalizada por cuadro de meningitis y crisis convulsivas de difícil control.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Evolucionó con fontanela anterior tensa por lo que se realizó TAC simple de cráneo con evidencia de neumoencéfalo ventricular compresivo, se realizó punción ventricular persistiendo con alteraciones neurológicas y neumatocele por lo que se colocó ventriculostomía, a pesar de lo anterior continuó en malas condiciones generales por lo que se solicitó RMN cerebral y de médula espinal presenciando defecto en cierre anterior de cuerpos vertebrales L1-L2 por donde se comunica un asa intestinal a médula espinal y se observa colección intracraneal con probable contenido intestinal.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Se realizó laparotomía exploradora encontrando duplicación tubular de colon transverso que se dirige a retroperitoneo con posterior ingreso a canal medular de 32 cm de longitud, se disecó de forma circunferencial duplicación manteniendo mesenterio de intestino nativo íntegro hasta llegar a columna vertebral y visualizar ligamento amarillo, se colocó pinza en la base del intestino y se seccionó con corte frío, se realizó surgete con prolene 3-0 vascular en dos planos y se verificó ausencia de fugas, se reparó mesenterio de colon transverso.

RESULTADOS: Neonato con fístula neuroentérica dependiente de duplicación intestinal colónica que fue tratado con excisión quirúrgica de la misma. El reporte de patología refiere duplicación colónica normogangliónica. La paciente falleció por complicaciones neurológicas debidas al diagnóstico tardío.

CONCLUSIÓN: Las fistulas neuroentéricas representan una patología poco frecuente que requieren de alta sospecha diagnóstica e intervención temprana para disminuir las complicaciones neurológicas.

GASTROSQUIS EN GEMELOS MONOCIGOTOS. MANEJO EXITOSO

Autor: Pastor Escárcega Fujigaki
Coautores: Guillermo Hernández-Peredo Rezk, Lorenzo A. Saavedra Vélez, Osbelia Pineda Pineda
Ponente: Pastor Escárcega Fujigaki
Institución: Centro de Alta Especialidad “Dr Rafael Lucio”.

Gastrosquis es una malformación congénita, caracterizada por un defecto ventral de la pared abdominal, a través del cual los intestinos se evisceran. Tiene una prevalencia de 5.1 casos por 10,000 nacimientos, con una mortalidad que varía de 3.7%, 42.6% y 83.% en países de alto, medio y bajo ingreso percapita respectivamente. Las causas son multifactoriales, siendo la edad temprana de las madres un constante denominador.

Madre de 14 años con AGO de G1, P0, C1,A0, nivel socioeconómico bajo, unión libre, escolaridad secundaria, no farmacodependiente, no tomo ac. Fólico antes del embarazo, control prenatal manejada con multivitaminicos y ac fólico, curso con ivu y cervicovaginitis, manejada localmente y aminoglucosido. Dx prenatal por usg a las 28 semanas, niveles de alfa fetoproteína 653.95 ng/ml (0-10ng/ml). Resonancia magnética confirma diagnóstico, se maneja con inducción de madurez pulmonar y carnitina. Se programa cesarea a las 36 sem de embarazo obteniendo gemelos monocorionios bivitelinos. Neonatologos y Cirujanos pediatras presentes

Gemelo 1 masculino peso 2.3 kg talla 45 cm, Apgar 8-8, S-0, Capurro 34 semanas, defecto de 2 cm a la derecha del cordón, evisceración de asas de delgado, grueso y estomago sin serositis se pasa de inmediato a quirófano contiguo y bajo sedoanalgesia sin intubar, proporcionada por anestesiólogo, se introducen las asas, sellando el defecto con duoderm sin suturarlo, malformación asociada civ (muscular) y criptorquidia derecha, 7 días de ayuno, 12 días con alimentación parenteral, manejo profilácticamente con ampicilina amikacina, colocación de catéter venoso periférico (PICC), 20 días en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), 23 días en el hospital, egresando satisfactoriamente con hernia umbilical en espera cierre espontáneo. 2 meses de seguimiento Gemelo 2 masculino peso 1,750kg, talla 43 cm, Apgar 7-8, S 2, Capurro 34 sem, defecto de 1.5 a

la derecha del cordón, evisceración de asas de delgado, grueso, estomago y testículo derecho, sin serositis, inestable con S 2-3, se pasa a quirófano contiguo y bajo sedoanalgesia sin intubar se coloca silo preformado (SPF), posteriormente se intubo un día, malrotación intestinal con artrogriposis de las 4 extremidades, CIV (muscular), PCA que cierra espontáneamente.

Se coloca PICC, Se hacen plicaturas del silo y al 4to día se retira colocando duoderm cerrando sin sutura. 25 días de ayuno, 35 días con alimentación parenteral, 37 días en ucín y 49 días en el hospital, egresando satisfactoriamente con hernia umbilical esperando cierre espontáneo y continua manejo de la artrogriposis por ortopedia.

DISCUSIÓN. La causa es multifactorial, la edad temprana de las madres es una constante. Un componente hereditario o genético no ha sido demostrado, pero esto pudiera explicar la presencia de gastrosquis en gemelos monocigotos o en familias con afectación del defecto. El éxito del manejo fue un manejo multidisciplinario, desde el diagnóstico prenatal, presencia de neonatologos y cirujanos pediatras al momento del nacimiento, sedoanalgesia sin intubar, colocación de PICC, silo preformado de alta calidad, manejo en la UCIN, alimentación parenteral y cierre sin sutura.

CONCLUSIÓN. La detección prenatal y el manejo multidisciplinario por personal experimentado en una unidad que cuente con la estructura y recursos suficientes son ingredientes para la sobrevivencia.

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA CON INSTILACIÓN PARA MANEJO DE FASCITIS NECROTIZANTE PEDIÁTRICA: REPORTE DE DOS CASOS

Autor: Adriana Marcela Arenas-Rojas
Coautores: Sergio Zavaleta Hernández, Angélica María Pineda Parra
Ponente: Angélica María Pineda Parra
Institución: Clínica Materno-Infantil San Luis, Bucaramanga, Colombia.

INTRODUCCIÓN: La fascitis necrotizante es una infección de tejidos blandos severa que implica morbilidad significativa y alto riesgo de mortalidad, por lo cual requiere diagnóstico temprano y abordaje multidisciplinario, que incluye desbridamiento quirúrgico para eliminar el tejido desvitalizado y necrótico, y tratamiento antibiótico sistémico adecuado. La terapia de presión negativa es útil en el manejo de este tipo de heridas ya que promueve la formación de tejido de granulación, elimina el exudado y prepara la herida para su cierre definitivo.

OBJETIVO GENERAL: Presentar dos casos de uso de terapia de presión negativa con instilación (V.A.C. ULTA) para manejo de fascitis necrotizante pediátrica con desenlace exitoso.

INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES:

CASO CLÍNICO No. 1:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DIAGNÓSTICO: Lactante de 3 meses, sin antecedentes de importancia, con neumonía multilobar quien evolucionó en forma tórpida con compromiso multisistémico. Durante hospitalización presentó lesión en región sacra con crecimiento progresivo hasta involucrar región toraco-lumbo-sacra (aprox. 30 cm de diámetro) con bordes irregulares necróticos y centro blanquecino. Se estableció diagnóstico de fascitis necrotizante

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Se inició tratamiento antibiótico de amplio espectro y se realizó desbridamiento quirúrgico extenso exponiendo plano muscular viable y bien perfundido. Colocación de doble sistema de presión negativa con 125 mmHg de succión intermitente más instilación con 60 cc de solución salina 6 minutos cada 6 horas. Se realizaron recambios del sistema cada 5 a 7 días.

Después de 4 semanas, se inició aplicación de colágeno y cambio a terapia con sistema VAC convencional. Se logró disminución de la profundidad de la herida y a la séptima semana se realizó cierre definitivo mediante

injertos de piel de espesor parcial sobre zona lumbosacra, tomados de ambos muslos.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Se dio egreso después de 2 meses de hospitalización, se logró adecuado cubrimiento de la toda zona comprometida por la fascitis necrotizante. En seguimiento ambulatorio a 12 meses se encuentra asintomático.

CASO CLÍNICO No. 2:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DIAGNÓSTICO: Lactante de 21 meses, con antecedente de malformación anorrectal con fistula recto-uretral prostática, quien posterior a cierre de colostomía presentó fascitis necrotizante de pared abdominal con compromiso de hipocondrio, flanco y regiones inguino-escrotal, dorsal y lumbar izquierdas (20% de superficie corporal).

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Se inició tratamiento antibiótico de amplio espectro y se realizó desbridamiento quirúrgico extenso exponiendo plano muscular viable y bien perfundido.

Colocación de sistema de presión negativa con 125 mmHg de succión intermitente más instilación con 85 cc de solución salina 6 minutos cada 6 horas. Se realizaron recambios del sistema cada 5 a 7 días. A la tercera semana, se evidenció profundización de los tejidos desvitalizados en el tercio superior de la herida, se realizó nuevo desbridamiento y colocación de dos dispositivos VAC (presión negativa 125 mmHg) más instilación con 85 cc de solución salina cada 15 minutos, con el fin de optimizar la recuperación de los tejidos.

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA CON INSTILACIÓN PARA MANEJO DE FASCITIS NECROTIZANTE PEDIÁTRICA: REPORTE DE DOS CASOS

Autor: Adriana Marcela Arenas-Rojas
Coautores: Sergio Zavaleta Hernández, Angélica María Pineda Parra
Ponente: Angélica María Pineda Parra
Institución: Clínica Materno-Infantil San Luis, Bucaramanga, Colombia.

En los siguientes controles, se encontró adecuado tejido de granulación y disminución de la profundidad de la herida. Se inició aplicación de colágeno y se cambió a terapia con doble sistema VAC convencional. Colocación de malla sintética de poli-propileno trenzado sobre pared abdominal anterolateral a nivel de flanco y fosa ilíaca izquierdas. Después de aproximadamente dos meses de terapia VAC con instilación y convencional, se logró tejido apto para cierre definitivo mediante injertos de piel de espesor parcial sobre espalda y zona lumbar, tomados de muslo y glúteo izquierdos.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Se dio egreso después de 4 meses de hospitalización, se logró cubrimiento del 20% de superficie corporal comprometido por la fascitis necrotizante. En seguimiento ambulatorio a 8 meses se encuentra asintomático.

DISCUSIÓN: El abordaje de la fascitis necrotizante pediátrica requiere diagnóstico temprano y manejo multidisciplinario adecuado. La terapia de presión negativa constituye una opción segura y costoefectiva para el manejo de este tipo de heridas. La administración tópica de soluciones, conocida como instilación, en combinación con terapia de presión negativa promueve la angiogénesis y formación de tejido de granulación, estimula el flujo sanguíneo local, reduce el exudado y edema, reduce el dolor eliminando ácido láctico y tiene mayor efecto en la limpieza de la herida y la erradicación de microorganismos.

CONCLUSIÓN:

No hay mucha literatura disponible acerca del uso de la terapia de presión negativa con instilación en pacientes pediátricos con fascitis necrotizante. En nuestra experiencia con los dos casos presentados, el uso de dicha terapia fue exitoso, con una buena respuesta clínica progresiva permitiendo control del proceso infeccioso, formación de tejido de granulación, mejor control de dolor y preparación de la herida para su cierre definitivo mediante injertos que tuvieron un resultado favorable.

CASO CLÍNICO DE HERMANOS GEMELOS CON CICATRICES RETRACTILES POR SECUELAS DE QUEMADURAS EN AMBOS PIES, MANEJO CON COLGAJO LIBRE VASCULARIZADO, PARA LA MEJORÍA EN LA FUNCIÓN Y CALIDAD DE VIDA.

Autor: Olga Delia Alonso Manríquez
Coautores: José Aguilar Romero, Eymard Cruz González, David Estudillo Antonio
Ponente: Olga Delia Alonso Manríquez
Institución: Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón”

CASO CLINICO: Se trata de hermanos gemelos de 9 años de edad, originarios y residentes en el sur del país, cohabitan en hacinamiento con su padre, en casa de abuelos, la cual está construida de materiales con paredes y piso de concreto, techo de lámina. Cuentan con servicios básicos de urbanización como agua potable, luz eléctrica y fosa séptica.

Ambos gemelos con antecedente de haber sufrido maltrato infantil por familiar directo, con quemaduras por escaldadura, al verterles agua hirviendo sobre los pies a ambos, a la edad de un año y medio, lo cual condicionó quemaduras profundas, aunado a recibir manejo de forma tardía, condicionando la formación de cicatrices retractsiles en ambos pies, como secuelas que impedían a los gemelos la deambulación por la poca flexión y extensión en ortijos, así como dificultad para uso de calzado, así como presencia continua de dolor.

Fueron programados para realización de colgajo libre vascularizado a dorso de pie izquierdo con remodelación de tercer ortejo además de alargamiento de tendones extensores y en pie contralateral, Colgajo VY de Atazoy a dorso de pie derecho y capsuloplastia plantar metatarsofalángica.

Durante la evolución de los pacientes en el área de hospitalización, se mantuvieron con soluciones endovenosas, infusión de heparina, manejo antibiótico sistémico y tópico, analgésicos y curaciones especiales. Sin presencia de complicaciones por lo que se pudieron egresar a casa después de una semana.

Uno de ellos presento necrosis superficial de zona de injerto VY de Atazoy, que amerito lavado y nueva toma y aplicación de injerto a los 2 meses, con adecuado resultado.

El seguimiento y vigilancia en consulta externa, donde gradualmente se inició la rehabilitación con movimientos, seguido de apoyo plantar y finalmente hasta lograrse la deambulación sin asistencia y sin dolor.

Actualmente a 6 meses, con mejoría en la flexión y extensión de ortijos de ambos pies. Con deambulación sin dolor ni limitaciones, logrando por primera vez el uso de calzado cerrado, se refiere por los familiares y los mismos pacientes, la mejoría en la funcionalidad, calidad de vida y desarrollo psicoemocional ha sido invaluable.

DISCUSION: El manejo de las secuelas en un paciente quemado no se limita a un solo tipo de procedimiento quirúrgico, en la actualidad las modalidades de técnicas de reparación van desde la colocación de un injerto de espesor parcial o total para un cambio de cubierta cutánea, la rotación de colgajos para dar cubierta a alguna estructura vital expuesta como hueso, tendones, vasos, cartilago hasta la cubierta con colgajos a distancia con técnicas de cirugía microvascular; todas ellas encaminadas a corregir las secuelas de lesiones tan severas que pueden limitar el desarrollo y afectar la calidad de vida de los pacientes pediátricos

CONCLUSIONES: El paciente quemado constituye actualmente uno de los escenarios médico-quirúrgicos más complejos sobre todo en el área pediátrica, que involucra la participación de múltiples subespecialidades. A pesar, de los esfuerzos las secuelas de quemaduras representan una patología muy frecuente en nuestro medio y su impacto en la calidad de vida de los pacientes que las padecen es muy importante.

Las retracciones cicatriciales que conllevan generan defectos estéticos y funcionales que llegan a limitar el desarrollo y la capacidad social de estos pacientes.

ENFERMEDAD DE CROHN NEONATAL: REPORTE DE CASO.

Autor: Alejandra Rebollar Castillo
Coautores: Othón Romero Terán, Rubén Rodríguez Pulido,
Nathalia Giselle Guzmán Barrera
Ponente: Alejandra Rebollar Castillo
Institución: Hospital Regional Tlalnepantla ISSEMYM, EDO. MÉXICO.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Crohn es una patología inflamatoria intestinal crónica e idiopática que puede afectar cualquier zona del tubo digestivo. La incidencia ha incrementado a 3.1-4.2 por cada millón de niños siendo <1% de los casos de presentación neonatal. Reportamos el caso clínico de una recién nacida con enfermedad de Crohn neonatal como causa inusual de abdomen agudo.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Se trata de recién nacido femenino pretérmino de 36.1 semanas de gestación sin antecedentes relevantes en alojamiento conjunto; presenta al segundo día de vida, distensión abdominal y evacuaciones sanguinolentas por lo que se inicia manejo médico con ayuno, descompresión gástrica, antibióticos, laboratorio y gabinete, con evolución tórpida, por la presencia de drenaje biliar por sonda orogástrica, cambios de coloración abdominal, ausencia de ruidos intestinales, distensión abdominal persistente, su radiografía con neumatosis intestinal, por laboratorio leucopenia y trombocitopenia integrándose diagnóstico de enterocolitis necrosante comprobada, persistiendo con deterioro clínico importante, se realiza laparotomía exploradora por pobre respuesta al tratamiento médico, donde se encuentra abundante material intestinal en cavidad, adherencias así como isquemia y múltiples microperforaciones en colon ascendente, transverso y descendente, realizándose derivación intestinal tipo ileostomía, drenaje intraperitoneal tipo penrose, evolución clínica tórpida que requirió nueva intervención quirúrgica a las 48 horas, observándose perforaciones en estómago, yeyuno e ileon, se realiza resección de 10 cm de ileon, nueva ileostomía y fístula mucosa, presentando al quinto día fístula enterocutánea de gasto bajo, manejándose en ayuno, soporte nutricional, antibióticos, analgésicos y octreótide, con buena respuesta, iniciando la vía oral con seno materno, vigilancia estrecha y cuidados especiales.

El reporte de patología con características histológicas compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal del neonato tipo Crohn.

Actualmente con buena evolución a un mes de seguimiento, en manejo multidisciplinario con neonatología y gastroenterología pediátrica.

DISCUSIÓN: La enfermedad de Crohn en la infancia es una entidad poco frecuente y extremadamente rara en la etapa neonatal. La etiología y la fisiopatogenia aún no están bien determinadas, pero desencadena una respuesta inmunológica de la barrera epitelial intestinal, dando así una presentación clínica severa con enterocolitis en edades tempranas.

En nuestro caso se abordó como enterocolitis necrosante, documentándose su diagnóstico final por patología.

CONCLUSIONES: La enfermedad de Crohn neonatal es extremadamente rara pero debe ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales en un recién nacido con distensión abdominal y evacuaciones sanguinolentas. El objetivo de presentar el caso es dar a conocer otra causa inusual de abdomen agudo en el periodo neonatal, más allá de la enterocolitis necrosante.

COMPLICACIONES INMEDIATAS, MEDIATAS, Y TARDÍAS EN PACIENTES CON QUISTE DE COLÉDOCO TIPO I Y IV SOMETIDOS A DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA, COHORTE.

Autor: Eduardo Vásquez Gutiérrez
Coautores: Carina Torres Acevedo
Ponente: Carina Torres Acevedo
Institución: Unidad Médica de Alta Especialidad 25, Monterrey, N.L.

FUNDAMENTO: Determinar las complicaciones asociadas a cada técnica quirúrgica. Propósito: Evaluar si las complicaciones inmediatas, mediatas y tardías en pacientes pediátricos con quiste de colédoco tipo I y IV son menores cuando son sometidos a hepaticoyunoanastomosis que a hepaticoduodenoanastomosis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Escenario: centro de referencia público de Cirugía Pediátrica de tercer nivel de provincia. Participantes: se incluyeron todos los pacientes menores de 15 años de edad con diagnóstico de quiste de colédoco tipo I o tipo IV, que se sometieron a tratamiento quirúrgico con resección del quiste y reconstrucción de la vía biliar con derivación biliodigestiva, en el periodo comprendido de Octubre del año 2004 a Marzo de 2018, con seguimiento mínimo de 12 meses Excluyendo pacientes intervenidos quirúrgicamente en otras unidades hospitalarias. Eliminando a los pacientes que abandonaron a menos de un año el tratamiento o fallecieron antes del año de seguimiento y pacientes en los que no se documentó quiste de colédoco en el estudio histopatológico.

RECOLECCIÓN: se realizó la revisión de expedientes clínicos de pacientes ingresados con diagnóstico de quiste de colédoco cumplen con los criterios de inclusión.

VARIABLES: dependiente: la morbilidad post-intervención al mes, 6 meses y al año. E independiente: el tipo de derivación biliodigestiva realizada ya sea hepaticoduodenoanastomosis (HD) o hepaticoyunoanastomosis (HY).

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: tomada de expedientes clínicos. Análisis estadístico: para el análisis descriptivo se utilizaron medias o medianas con desviaciones estándar o rangos y frecuencias absolutas y porcentajes. Para evaluar la magnitud de la asociación se midió razón de momios.

RESULTADOS: se evaluaron 48 pacientes con quiste de colédoco tipo I y IV, se eliminaron cinco por fallecer y se excluyeron dos por

hallazgos transoperatorio e histopatológico diferente. Incluimos un total de 41 pacientes; 82.9% (n=34) el 80.4% fueron Todani I (n=34), 19.5% Todani IV (n=7), la derivación más común fue la hepaticoyunoanastomosis en 80.5% (n=33) seguido de hepaticoduodenoanastomosis en 19.5% (n=8). El uso de la HY fue un factor protector para complicaciones a 6 meses de la intervención (0.12 (0.03-0.55), $p < 0.01$). La colangitis fue la complicación más frecuente en el 7.3% (n=3), sin asociarse a una técnica específica ($p = 0.49$).

Otras complicaciones fueron el reflujo duodenogástrico (RDG) y fistula biliocutánea (FBC), las cuales solo se presentaron en el grupo de HD, en el 25.0% de los pacientes en ambos casos. La HD se asoció a una mayor frecuencia de complicaciones como RDG ($p < 0.05$) y FBC ($p < 0.05$) Las complicaciones al año de la derivación fueron colangitis 3.0%, hepatopatía portal 6.1%, fibrosis hepática 6.1% en los pacientes con HY, y en cuanto a los pacientes con HD se reportó en el 62.5% RDG. La HD fue un factor de riesgo a un año para RDG (2.67 (1.09-6.53), $p < 0.01$).

DISCUSIÓN: la técnica quirúrgica que más se asocia a complicaciones fue la hepaticoduodenoanastomosis, entre las cuales se documenta: colangitis, fuga de anastomosis, fistula biliocutánea y reflujo duodeno-gástrico con un valor estadísticamente significativo con $p < 0.05$.

CONCLUSIÓN: los quistes de colédoco representan una entidad con alta morbilidad, se han descrito complicaciones postquirúrgicas relacionadas con la técnica empleada para reconstruir la vía biliar. Es importante recordar la importancia de un diagnóstico y tratamiento temprano, utilizando la técnica quirúrgica que le confiera menor morbilidad, con el fin de mejorar el pronóstico y calidad de vida.

**DISCINESIA VESICULAR COMO SINÓNIMO DE COLECISTITIS
CRÓNICA ALITIÁSICA. UN RETO DIAGNÓSTICO. SERIE DE CASOS.**

Autor: Eduardo Vásquez Gutiérrez
Coautores: Martha Eugenia Urquidi Rivera, Leopoldo Hernández Hernández
Ponente: Leopoldo Hernández Hernández
Institución: Unidad Médica de Alta Especialidad 25, Monterrey, N.L.

FUNDAMENTO: La discinesia vesicular es un trastorno funcional crónico poco frecuente, pero impacta negativamente en la calidad de vida de los pacientes. La incidencia en pediatría y su patogénesis aún se desconoce. La triada clásica es dolor abdominal cólico incapacitante, intolerancia a alimentos colecistoquinéticos y vesícula alitiásica con vaciamiento anormal. El Gold estándar diagnóstico es el gamagrama con técnica de Boyden. El tratamiento se divide en manejo médico y colecistectomía laparoscópica.

PROPÓSITO Y OBJETIVO: Reportar las características demográficas, sintomatología, resultados de estudios de imagen, histopatológicos, y respuesta al tratamiento proporcionado a los pacientes con discinesia vesicular. Material y métodos.

ESCENARIO: Realizado en tres centros hospitalarios de tercer nivel privado en provincia participan cirujanos pediatras y gastroenterólogo pediatra con más de 20 años de experiencia.

PARTICIPANTES: Inclusión: Pacientes de 1 a 17 años de edad con sintomatología de cólico vesicular y diagnóstico por medicina nuclear de discinesia vesicular Exclusión: pacientes de 1 a 17 años de edad, con cólico biliar con evidencia de litiasis vesicular.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se recaba la información mediante revisión de expediente clínico recolectando datos demográficos, de estudios de imagen y de laboratorio, así como resultados histopatológicos.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Tratamiento otorgado.

VARIABLES DEPENDIENTE: Resolución de la sintomatología, Análisis estadístico. Se utilizó frecuencias simples y t de Student.

RESULTADOS: De los 10 pacientes con diagnóstico de discinesia vesicular se encontró

una relación de sexo de 1:1, el rango fue de 5 a 17 años, el síntoma pivote fue dolor abdominal cólico crónico agudizado en epigastrio e hipocondrio derecho en el 100% de los casos, vesícula biliar alitiásica en reporte de ultrasonido en el 100% de los pacientes, gammagrafía vesicular presento rangos de excreción de 18% al 38% confirmando en el 100% de los casos un retraso en el vaciamiento vesicular. Ocho pacientes se operaron con colecistectomía laparoscópica y hubo remisión de los síntomas en el 100% de los casos, el reporte de patología fue colecistitis crónica alitiásica en todos (100%). Dos pacientes no fueron sometidos a tratamiento quirúrgico, una femenina de 5 años de edad con síndrome de Asperger en la cual los padres optaron por tratamiento dietético y un masculino de 17 años en quién no aceptaron el tratamiento quirúrgico por desconocimiento de la patología por su cirujano de confianza Los dos pacientes no operados, persisten con dolor abdominal cólico intenso recurrente que se asocia a náusea y vómito postprandial a un año de seguimiento.

DISCUSIÓN: No hay una incidencia clara de esta enfermedad en pediatría, frecuentemente se confunde con Gastritis o Colitis, los estudios de laboratorio y ultrasonido son normales, ante la persistencia de síntomas, es prioritario el gamagrama de la función vesicular. El tratamiento es la colecistectomía laparoscópica, aunque existen propuestas de tratamiento conservador, nuestros pacientes no operados a un año de seguimiento persisten con la sintomatología.

CONCLUSIÓN: La discinesia biliar se diagnostica con mayor frecuencia en pediatría y concluimos que es sinónimo de colecistitis crónica alitiásica, como se reportó por histología en los diferentes centros correlacionándose con lo descrito en la literatura, proponemos que el tratamiento para esta patología en pacientes pediátricos sea la colecistectomía laparoscópica.

ASCENSO GÁSTRICO. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS.

Autor: Clyo Alejandra Espinosa Pereyra
Coautores: Ibraim Soto García, Eduardo Vásquez Gutiérrez
Ponente: Clyo Alejandra Espinosa Pereyra
Institución: Instituto Mexicano Del Seguro Social.

La sustitución esofágica está indicada en pacientes con atresia esofágica tipos I y III que no son candidatos a una anastomosis, en esofagitis cáustica u otras enfermedades. Entre las diferentes técnicas existentes, la transposición del colon y el estómago arrojan resultados muy similares, siendo el ascenso gástrico un procedimiento técnicamente menos desafiante.

Analizamos los resultados de una serie de pacientes a los que se les realizó ascenso gástrico con la finalidad de ver los resultados, evolución y complicaciones.

OBJETIVO: describir los resultados del ascenso gástrico por vía mediastinal posterior sin toracotomía.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal; realizado en un hospital de tercer nivel, de tipo público, centro de referencia de 7 estados de la república. Equipo conformado por cirujanos pediatras certificados y con amplia experiencia. Mediante revisión de expedientes del 2010 al 2020, se recolectaron datos demográficos, tratamiento y evolución postquirúrgica (inicio de dieta, dehiscencia de anastomosis, fístula cutánea, reflujo, estenosis, dilatación endoscópica y reintervención quirúrgica).

RESULTADOS: Se incluyeron 38 pacientes a los que se realizó ascenso gástrico por vía mediastinal posterior, 20 casos con diagnóstico de atresia esofágica (tipo I: 9 y tipo III 11 pacientes), 12 casos con esofagitis cáustica, otras causas (6) encontradas estenosis secundaria a quimioterapia, a reflujo gastroesofágico, e ingesta de pila de botón. La edad promedio fue de 3.8 años, no se realizó toracotomía en ninguno. 6 pacientes presentaron complicaciones durante el procedimiento y en el postquirúrgico inmediato (5 casos neumotórax y 1 laceración esplénica).

El promedio de días de internamiento fue de 39. La alimentación por sonda yeyunal se inició al 5to día y por vía oral a los 20 días postquirúrgico promedio. Se evidenciaron complicaciones como dehiscencia de la anas-

tomosis en 3 casos (7.8%), fístula cutánea en 9 casos (23%), reflujo en 4 casos que se controlaron con tratamiento médico; estenosis en 23 casos (60%), de los cuales 22 casos requirieron dilataciones endoscópicas y 6 pacientes requirieron reintervención en un plazo de 1 a 3 años, secundario a estenosis intratable; no se presentaron casos con necrosis del tejido. El seguimiento promedio fue de 4 años y 3 meses.

DISCUSIÓN: Se observa una incidencia de estenosis más alta en comparación con lo descrito en la literatura (18%), sin embargo, son menos frecuentes los casos de fuga o dehiscencia de anastomosis (16%), la mayoría de los pacientes han requerido tratamiento con dilataciones endoscópicas de los cuales un porcentaje bajo ha requerido una segunda intervención quirúrgica por este motivo. Al seguimiento de los pacientes se observa adecuada evolución con buena tolerancia a la vía oral y crecimiento ponderal.

CONCLUSIONES: La sustitución esofágica tiene indicaciones limitadas, el ascenso gástrico es reconocida como el procedimiento técnicamente menos desafiante donde se requiere una única anastomosis, por lo que disminuye el tiempo de cirugía, además de permitir una excelente longitud e irrigación del tejido.

**TRAQUEOPLASTIA SLIDE SIN BYPASS CARDIOPULMONAR
PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS TRAQUEAL
CONGÉNITA LARGA COMPLEJA.**

Autor: Rogelio Sancho Hernández
Coautores: Rubén Ernesto Carlos Corona, Lizbeth Solorio Rodríguez,
Donaji De Jesús Rodríguez Ortiz
Ponente: Rogelio Sancho Hernández
Institución: Instituto Nacional de Pediatría.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Lactante masculino de 3 meses con antecedentes de recién nacido de término con trisomía 21 y retraso crecimiento intrauterino (peso 2.5 kgs, talla 48 cms) quien refiere cianosis, estridor bifásico y dificultad respiratoria al nacimiento, se logra intubación con cánula endotraqueal 3.5 mm que se detiene en cuello sin lograr avance distal a carina en control radiológico. Intubado por 1 mes y hospitalizado por 2 meses por sepsis neonatal de foco pulmonar, egresado por aparente mejoría con estridor, taquipnea y tratamiento nebulizado en domicilio. Acude a servicio urgencias de nuestro hospital con estridor y dificultad respiratoria severas, bradicardia sintomática, se estabiliza nuevamente con intubación endotraqueal de 3.5 mm en cuello.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Controles radiográficos con punta CET 3.5 mm en cuello, hiperinflación bilateral y congestión capilar pulmonar, ecocardiografía con defecto septal atrial 3 mm, hipertensión pulmonar 50 mmHg de gradiente con shunt bidireccional y FEV 65%, sin cardiopatías estructurales y estado secundario a aumento en resistencias vía aérea se realiza evaluación broncoscópica flexible inicial 2.8 mm: estenosis traqueal fija en segundo anillo traqueal, extensa e infundibular de anillos completos que no permite paso equipo, se decide dilatación traqueal rígida y asegurar vía aérea con CET 3 mm hasta la carina, mejoría de las condiciones hemodinámicas se realiza tomografía con reconstrucción aérea que advierte estenosis traqueal larga, compleja con colapso inspiratorio en bronquio izquierdo, esófagograma sin alteraciones, estable se interviene para traqueoplastia slide (deslizamiento traqueal) a 4 meses edad.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Con intubación con CET 3 mm en carina, se realiza esternotomía media con extensión cervical, disección con desplazamiento y preservación de vasos supra aórticos hasta exponer totalidad de la tráquea hasta la carina y emergencias bronquiales, se transecciona la tráquea en el punto medio de la estenosis longitudinal y se realiza un corte longitudinal medial y an-

terior en el slide traqueal distal que permite la ventilación (esta modificación a la técnica original permitió la reconstrucción sin bypass cardiopulmonar convencional), se prepara el cabo proximal como slide posterior y se completa la anastomosis por deslizamiento y sobre posición de ambos slides o cabos traqueales preformados con sutura absorbible vicryl 4-0, previamente completada la anastomosis posterior se avanza una cánula 3.5 mm para su edad sin globo, se completa anastomosis anterior y se cubre con sellante tisular de fibrinógeno y se corrobora con una breve extubación y broncoscopia trans operatoria el hermetismo e integridad de la traqueoplastia slide con aceptable aumento del calibre de su lumen y avance de equipo hacia segmentación pulmonar, se aspiran secreciones y se re intuba con CET 3.5 por arriba de la neo carina, estancia en cuidados intensivos con sedación y sin drenajes.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: A los 7 días de la cirugía se realiza una extubación exitosa, egreso a los 40 días del posquirúrgico, evoluciona asintomático respiratorio, re ingresos por eventos sépticos asociados a su inmunodeficiencia severa que requieren intubación endotraqueal en 3 ocasiones sin incidentes, a 1 año edad presenta granuloma y estenosis traqueal del 50% en sitio de vértices de traqueoplastia refractario a manejo endoscópico, se realiza traqueoplastia para resección de 2 anillos traqueales en tercio medio traqueal con anastomosis termino terminal sin complicaciones, evolución favorable con vía íntegra broncoscópica y sin síntomas.

MASAS PULMONARES FETALES: ESPECTRO CLÍNICO Y TRATAMIENTO PERINATAL. SERIE DE CASOS.

Autor: Rogelio Sancho Hernández
Coautores: Anne A. Duran Colin, Lizbeth Solorio Rodríguez, Ignacio Adolfo Chavarría Delgado
Ponente: Rogelio Sancho Hernández
Institución: Instituto Nacional de Pediatría y Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”.

FUNDAMENTOS: Las masas pulmonares fetales MPF representan ante la ultrasonografía prenatal una forma de presentación de las malformaciones broncopulmonares, con una evolución postnatal sintomática donde la resección quirúrgica está indicada, pueden ocasionar efecto de masa con hidropesía y muerte fetal y en otro extremo ser asintomáticas con involución aparente y de manejo controversial, no hay reportes nacionales del tratamiento de estas MPF.

PROPOSITO: determinar la terapia perinatal con base al espectro clínico prenatal por índices ecocardiográficos y de comportamiento radiológicos de las MPF al nacer.

MATERIAL Y METODOS:

ESCENARIO: Instituto público de tercer nivel
PARTICIPANTES: todos los pacientes con MPF con evaluación prenatal y terapéutica integrales y diagnósticos patológicos confirmatorios en etapa post natal.

INTERVENCIÓN: terapéuticas perinatales (esteroide materno, toracocentesis y embolización intrauterinas, procedimiento EXIT, etc.) con cirugía electiva o de urgencia, expectante, abierta o toracoscópica, neonatal temprana o lactante.

Edad gestacional diagnóstica y terapéutica, involución radiológica, CVR, hidrotórax o efecto masa fetales, síntomas postnatales, diagnósticos patológicos y mortalidad.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: Estudio retrospectivo 15 casos del 2015-2020
EVALUACIÓN DE LAS VARIABLES SIN SESGO: No aplica.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: Serie de casos de 15 pacientes con MPF evaluados en 3 grupos según su espectro clínico en asintomático prenatal/asintomático postnatal (AsPre/AsPos), sintomático prenatal/sintomático postnatal (SPre/SPos) y sintomático prenatal/asintomático postnatal persistente (SPre/AsPosP)
ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Estudio retrospectivo descriptivo.

RESULTADOS: En SPre/AsPosP 4 fetos con MPF sólido-quísticas sin involución radiológicas y persistencia al nacer: 3 con cirugía electiva neonatal (1 toracoscópico y 2 abierto) con secuestro pulmonar extralobar SPE (2 con localización ectópica e híbridos MAQ) sin com-

plicaciones y 1 con MPF macro quística con CVR (relación volumen quístico) <1.6 pero sin involución que se resuelve por cirugía electiva post neonatal por abordaje toracoscópico de quiste broncogénico, evolución favorable; en AsPre/AsPos 1 feto con MPF quística quien recibió esteroide materno con involución prenatal y regresión radiológicas al nacer sin cirugía y asintomático. En SPre/SPos 10 fetos, 8 resueltos con cirugía urgente y 2 electivos, abiertos, 1 MPF sólida con hidrotórax que requirió toracocentesis intrauterina a 28 SDG y CVR <1.6 y sintomático al nacer se practicó por procedimiento EXIT (ex utero intrapartum) otra toracocentesis evacuadora, cirugía electiva a los 3 días sin complicaciones de SPE, evolución favorable; 1 feto con masa sólida de pulmón izquierdo con un CVR 2.7 se obtiene a término para procedimiento EXIT con broncoscopia selectiva de bronquio derecho y neumonectomía izquierda exitosa, fallece por hipertensión pulmonar a 2 días vida por MAQ I y 0; 1 MPF macroquística sin involución que requirió de embolización y angioplastia preoperatoria y posterior lobectomía electiva en su lactancia por secuestro pulmonar intralobar, favorable; 4 con CVR >1.6 debutan con neumotórax neonatal por MAQ en sus lobectomías, uno de ellos con MAQ IV y blastoma pulmonar y 3 fetos con SPE, 1 con embolización intrauterina fallida y otro pretérmino con síndrome de dificultad respiratoria, ambos con hemotórax, evolución favorable en todos
DISCUSIÓN: Las MPF con ausencia de involución podrían ser diagnosticados y resecaados temprana y electivamente en la etapa neonatal o aceptablemente en lactantes de 4-6 meses por su historia natural no reconocida, EXIT al nacimiento puede representar en nuestro medio una opción de tratamiento ante MPF sintomáticas con CVR >1.6 y de alto riesgo
CONCLUSIÓN: Una estrategia terapéutica perinatal con base a espectro clínico de las MPF ofrece una conducta disponible en nuestro medio.

**TRAUMA TRAQUEOBRONQUIAL COMPLEJO EN PACIENTE PEDIÁTRICO
ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. CASO CLÍNICO.**

Autor: Enrique Rafael Leal Cirerol
Coautores: Refugio Mora Fol, Jorge A. Fonseca Nájera, Raúl Gardida Chavarría
Ponente: María Ortiz Hernández
Institución: Centro Médico Nacional La Raza

Paciente masculino de 10 años de edad, previamente sano, quien inicia su padecimiento el día 12 de agosto 2019 al realizar una practica deportiva recibe trauma contuso en tórax con objeto metálico de gran peso (marco de portería). Al momento del accidente se requiere estabilización inmediata pues es encontrado con datos de dificultad respiratoria severa, deterioro de condiciones generales, bradicardia y neumotorax bilateral. Se inicia manejo avanzado de la vía aérea, soporte aminérgico, colocación de sonda pleural bilateral y catéter venoso central. Se traslada a hospital de 3er nivel donde ingresa a la unidad de terapia intensiva pediátrica.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Se realiza tomografía de torax evidenciando hemoneumotorax, hemorragia alveolar bilateral, fractura traqueal, fractura de manubrio esternal y desprendimiento de bronquios de la carina; angiotomografía con pseudoaneurisma de tronco braquiocefalico derecho. Broncoscopia y endoscopia diagnóstica donde se encuentra dilatación carinal con zona de necrosis, modificación de arquitectura anatómica de bronquios principales, lesión carinal con desprendimiento de ambos bronquios, endobronquitis severa.

INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA: Abordaje quirúrgico por esternotomía media, bajo bomba de circulación extracorpórea. Se encuentra fractura de la tráquea membranosa desde la carina hasta la tráquea cervical, ruptura anterior de la tráquea con compromiso en carina, sección completa de bronquio izquierdo, así como fractura de bronquio derecho que se mantuvo sostenido a la vía aérea por su pared lateral externa, además de lesión aneurismática de tronco braquiocefalico derecho. Se realiza traqueotomía longitudinal desde lesión carinal hasta tráqueacervical; logrando exposición del desgarro en pared posterior. Se inicia reparación de porción membranosa con surjete continuo PDS 4-0, posterior a lo cual se realiza plastia de la carina (anastomosis de bronquios a la traquea) con puntos simples de PDS 4-0; cara anterior de la tráquea con puntos simples PDS 4-0. El postquirúrgico inmediato en terapia intensiva posterior a lo cual presenta adecuada evolución siendo posible la decanulación

a los 14 días, siendo egresado a los 13 días con secuelas motrices.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: A los 6 meses de seguimiento con estenosis traqueal del 30% y atelectasia basal derecha. En el año de pandemia se pierde seguimiento, presentado 4 cuadros de neumonía, último asociada a SARs-CoV-2, encontrándose actualmente con estenosis de 70% en manejo con dilataciones.

DISCUSIÓN: La lesión traqueobronquial tiene una incidencia en pacientes pediátricos de 0.7-2% y es potencialmente mortal. El alto grado de sospecha es importante para realizar un abordaje diagnóstico y terapéutico oportuno. La radiografía de tórax, tomografía computarizada y la broncoscopia, en ese orden, ayudan a diagnosticar la lesión traqueal. En este caso se decidió abordaje por esternotomía, ya que permitió un adecuado control y exposición de la lesión traqueal y vascular asociada. La reparación traqueal se realizó una vez disecada la tráquea, la carina y los bronquios principales y bajo bomba de circulación extracorpórea. Se realizó una traqueotomía longitudinal que permitió la reparación de la pared posterior con sutura PDS, seguido de la reparación de carina y bronquios. El paciente presenta estenosis traqueal y atelectasia basal izquierda como principal complicación, presenta disnea a esfuerzos moderados, puede valerse y realizar cuidados personales con ayuda mínima va mejorando su calidad de vida.

CONCLUSIÓN: La estabilización inicial en este tipo de lesiones es de crucial importancia ya que nos proporciona el tiempo suficiente para planear el abordaje quirúrgico para una lesión traqueobronquial compleja. Se reconoce que el manejo implica la intervención de un equipo multidisciplinario para lograr una reparación y manejo exitoso del paciente; y aunque existen pocos casos descritos en la literatura de pacientes pediátrico con lesiones traqueobronquiales complejas se debe individualizar el abordaje que nos permita una mejor exposición y facilidad de la reparación para cada tipo de lesión.

USO DE TERAPIA E-VAC (VACÍO ENDOLUMINAL) EN REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS CON LESIÓN DE TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR CON RESTAURACIÓN DE CONTINUIDAD DEL DEFECTO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Autor: Jazmín Pérez Ramírez
Coautores: Víctor Hugo Portugal Moreno, Rodrigo Antonio García Zester
Ponente: Jazmín Pérez Ramírez
Institución: Hospital Pediátrico Moctezuma.

INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES:

CASO 1: Masculino de 1 día de vida extrauterina con atresia esofágica tipo III con fistula traqueoesofágica distal y perforación gástrica secundaria a barotrauma, se realiza toracotomía posterolateral derecha + cierre de fistula traqueoesofágica + plastia esofágica + sonda endopleural derecha + gastrografía. Presenta dehiscencia de anastomosis que se maneja conservador con antibióticos y sonda endopleural, sin embargo cursa con atelectasia derecha recurrente, se coloca mini E-VAC a los 30 días de vida.

CASO 2: Masculino de 2 años de edad con trauma cerrado de abdomen y trauma duodenal grado III tercera porción. Cirugía de control de daños y derivación duodenal con sonda, se reinterviene para anastomosis duodenal y colocación de E-VAC preanastomosis.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA:

CASO 1: Cursa con dehiscencia de anastomosis esofágica y atelectasias recurrentes que evitaron la extubación exitosa, se realiza endoscopia para identificar tamaño, posición y tipo de lesión, corroborando fistula traqueoesofágica cerrada y presencia de dehiscencia de aproximadamente 40% de la luz esofágica en pared posterior de anastomosis.

CASO 2: Con abdomen abierto se observa cavidad limpia, sin peritonitis, hemodinámicamente estable, se reinterviene para anastomosis duodenal y E-VAC preanastomosis.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA:

CASO 1: Se utiliza mini E-VAC esofágico el cual se realiza con sonda de alimentación 8 Fr cubierto con esponja blanca y adhesivo transparente fenestrado, se coloca bajo visión directa endoscópica sobre sitio de dehiscencia y se activa con presión constante a 75 mmHg durante 3 semanas, con endoscopias de seguimiento cada semana, documentando disminución de la lesión de aproximadamente 10% por cada semana hasta el cierre total de la misma.

CASO 2: Tras cirugía de control de daños, se realiza anastomosis duodenoduodenal y se coloca E-VAC constante, presión 125 mmHg, preanastomosis, continuamos con abdomen

con cierre temporal con terapia VAC, no hay evidencia de fuga biliointestinal, se retira E-VAC a los 5 días con integridad de la pared duodenal.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS:

CASO 1: Durante evolución con terapia E-VAC el paciente es extubado, se retira sonda endopleural, se resolvieron las atelectasias y toleró dieta sin recurrencia de las mismas.

CASO 2: Tras retiro de E-VAC se restablece tránsito intestinal, no se observa fuga biliar por abdomen abierto, se cierra pared abdominal sin complicaciones.

DISCUSIÓN: La fuga anastomótica ha sido y sigue siendo un problema que se observa con mucha frecuencia tanto en plastias esofágicas como en trauma duodenal. Su tratamiento se ha convertido en un reto para los cirujanos pediátricos. El uso de E-Vac se ha descrito en varias publicaciones de casos retrospectivos. La aplicación en dos pacientes pediátricos, con dehiscencia de plastia esofágica y con anastomosis duodenal fue satisfactoria, evitando morbilidades conocidas que condicionan múltiples intervenciones, ayuno prolongado e incluso la muerte.

CONCLUSIÓN: El uso de terapia de vacío endoluminal en lesión de tracto digestivo superior ha beneficiado a pacientes pediátricos con complicaciones asociadas a alta morbimortalidad en dos escenarios presentados de patología quirúrgica.

**DIVERTÍCULO DE KOMMERELL EN PACIENTE PEDIÁTRICO.
REPORTE DE CASO CLÍNICO.**

Autor: Marco Antonio Rodríguez Torres
Coautores: Tania Graciela Serralde Jiménez, Arturo Mercado García
Ponente: Marco Antonio Rodríguez Torres
Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social. UMAE 48.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Paciente masculino de 8 años de edad. Diagnóstico de asma a los 2 años de edad con manejo farmacológico y múltiples exacerbaciones. Inicia su padecimiento actual a los 7 años de edad con presencia de disfagia.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA:

Se realiza: Serie esofagogastroduodenal con reporte de estenosis de trayecto esofágico. Ecocardiograma con reporte de arco aórtico derecho, aceleración a nivel de arco distal sin gradiente de coartación, presión pulmonar elevada y dilatación de cavidades derechas. Angiotomografía con arco aórtico derecho con subclavia izquierda aberrante, divertículo de Kommerell con compresión esofágica y traqueal.

INTERVENCIÓN TERAPEUTICA:

Se realiza toracotomía izquierda con sección y ligadura de ligamento arterioso, resección de divertículo de Kommerell y plastia aortica con reinserción de subclavia izquierda.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS:

El paciente presento una adecuada evolución postquirúrgica con mejoría de la sintomatología digestiva (disfagia), sin compromiso de actividades al esfuerzo, disminución de exacerbaciones bronquiales.

DISCUSIÓN: El divertículo de Kommerell con subclavia aberrante es una anomalía congénita del arco aórtico, con prevalencia del 0.04% - 2%. La presentación es asintomática, aunque pueden presentarse secundaria a efecto compresivo. Entre las opciones quirúrgicas esta la resección diverticular y el bypass subclavio-carotideo. La mortalidad relacionada al manejo quirúrgico oscila entre 0-5%, con mejoría de la sintomatología en más del 90% de los pacientes operados.

CONCLUSIÓN: La presencia de sintomatología respiratoria asociada a síntomas esofágicos nos debe de hacer pensar en la existencia de esta entidad, el tratamiento quirúrgico es seguro para la resolución de la sintomatología, así como la reducción de complicaciones fatales.

REPORTE DE CASO: SHUNT PLEUROPERITONEAL-PERITONEAL COMO TRATAMIENTO DEL QUILOTÓRAX POSTOPERATORIO REFRACTARIO A MANEJO MÉDICO

Autor: Adriana Marcela Arenas-Rojas
Coautores: Sergio Zavaleta Hernández
Ponente: Adriana Marcela Arenas-Rojas
Institución: Clínica Materno-Infantil San Luis, Bucaramanga, Colombia

INTRODUCCIÓN: El quilotórax se define como la presencia de quilo en el espacio pleural. Es una causa rara de derrame pleural en niños. La etiología puede ser congénita o adquirida. El tratamiento inicial es conservador reservando el manejo quirúrgico para los casos severos o refractarios.

OBJETIVO GENERAL: Presentar y analizar el caso de un lactante menor con quilotórax adquirido refractario a manejo médico en quien se realizó un shunt pleuro-peritoneal con respuesta clínica satisfactoria.

CASO CLÍNICO: Paciente nacido a término (peso al nacer 3300g), con atresia esofágica tipo III corregida por toracotomía derecha, con posterior estenosis esofágica severa requiriendo nueva intervención quirúrgica. Durante el postoperatorio (día 14) presentó quilotórax, sin adecuada respuesta a manejo médico con fórmula láctea de bajo contenido en grasas y con triglicéridos de cadena media por 2 semanas. Debido a la pobre respuesta al manejo conservador, se decidió manejo mediante un shunt pleuro-peritoneal con prótesis vascular Gore-Tex.

TÉCNICA QUIRÚRGICA:

1. Posición: decúbito dorsal con brazo extendido exponiendo hemitórax y pared abdominal derecha.
2. Medición de la longitud de la prótesis vascular Gore-Tex previo a la incisión.
3. Abordaje con incisión a nivel de séptimo espacio intercostal derecho con línea axilar media, fijando prótesis con prolene vascular 4.0.
4. Trayecto tunelizado desde herida de pared torácica a segunda incisión en hipocondrio derecho.
5. Inserción de la prótesis en cavidad peritoneal fijándola con prolene 4.0.
6. Cierre de ambas incisiones con sutura absorbible.

RESULTADOS: Presentó adecuada evolución postquirúrgica, con resolución del quilotórax. Se dio egreso y en seguimiento ambulatorio a 10 meses se encuentra asintomático.

DISCUSIÓN: El quilotórax en niños es infrecuente, razón por la cual no hay estudios que soporten cual es el manejo ideal en este tipo de pacientes. El tratamiento conservador se recomienda como primera opción, con reportes de éxito de hasta el 80%; dejando el manejo quirúrgico para los casos severos o refractarios. El uso de un shunt pleuro-peritoneal se describió por primera vez por Weese y Schouten para el tratamiento de derrame pleural maligno en dos pacientes adultos, posteriormente se han descrito algunas series de casos en la población pediátrica con resultados variables y una tasa de éxito entre 75-90%.

CONCLUSIÓN: En nuestra experiencia con el caso presentado, el uso del shunt pleuro-peritoneal para el manejo del quilotórax refractario fue exitoso, con una rápida respuesta clínica disminuyendo así el tiempo de hospitalización, riesgo de desnutrición e inmunosupresión que presentan estos pacientes.

RECONEXIÓN ESOFÁGICA POR ENDOSCOPIA EN PACIENTE CON ATRESIA ESOFÁGICA TIPO 1 DE BRECHA AMPLIA: CASO CLÍNICO.

Autor: Alejandro José Bustillo Ponce
Coautores: Gerardo Blanco Rodríguez, Ricardo Manuel Ordorica Flores
Ponente: Alejandro José Bustillo Ponce
Institución: Hospital Infantil de México Federico Gómez, CDMX.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: masculino producto de gesta 2, obtenido por cesárea por preeclampsia y polihidramnios, de término, peso al nacer 3,700 g. Egreso a domicilio a los 3 de vida en binomio. Asiste a los 4 días de vida a hospital por dificultad respiratoria progresiva, sialorrea y apneas, donde se detecta atresia esofágica sin fistula distal. Se recibe en nuestra institución a los 7 días de vida en malas condiciones, con sepsis y desnutrición. Luego de estabilizarlo, se realiza gastrostomía Stamm modificada a los 11 días para iniciar alimentación enteral y se coloca sonda orogástrica de doble lumen en cabo proximal.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Fluoroscopia al mes de vida, observando cabo esofágico proximal a nivel de T4 y distal a nivel del diafragma, al cuarto mes se llevó a cabo endoscopia a través de gastrostomía y por boca.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: al cuarto mes de vida se realizó laparoscopia: se disecciona esófago intrabdominal liberándolo del hiato obteniendo 6 cm de esófago liberado; se desmonta gastrostomía. En el mismo tiempo quirúrgico se realiza toracoscopia: se disecciona cabo superior estando muy arriba, no se visualiza cabo inferior. Se decide convertir a toracotomía, encontrando cabo inferior detrás de la cava, el cual se elonga estirando cabo inferior. Se logran unir ambos cabos con tensión, por lo que se decide afrontar con puntos de vicryl, sin realizar anastomosis. Se rehace de gastrostomía. Dos semanas después de cirugía se realiza endoscopia por gastrostomía hasta localizar fondo de saco de cabo distal, luego se introduce endoscopio de 6 mm por boca hasta visualizar luz en cabo distal; con guía metálica se realiza perforación del cabo distal hacia proximal hasta llegar a la boca, se pasa hilo sin fin a través de guía metálica. Después de pasar hilo sin fin se retira sonda de doble lumen a las 48 h para forzar paso de saliva a través de la fistula creada. Inicia dilatación con Tucker 12 al décimo día después de creación de fistula.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: una semana después de iniciar dilataciones con Tucker se observa disminución de sialorrea, sin datos de mediastinitis, egresa a domicilio luego de estancia hospitalaria de 5 meses. Se realizan dilataciones progresivas con Tucker cada 2 semanas, comienza con vómitos después del segundo mes de dilataciones, después de 12 dilataciones se realiza funduplicatura laparoscópica de Toupet a los 13 meses por reflujo gastroesofágico severo y ausencia de esfínter esofágico inferior visualizado por endoscopia. Se alimenta completamente por boca a los 17 meses, episodios ocasionales de atragantamiento con comida en trozos. A los 3 años se realiza piloroplastia laparoscópica Mickuliz por retardo en vaciamiento gástrico, orquidopexia y plastia inguinal bilateral, se desmonta gastrostomía. Se mantiene asintomático hasta los 11 años que presenta odinofagia transitoria, predominio nocturno, autolimitada. A los 17 años se mantiene asintomático, crecimiento adecuado.

DISCUSIÓN: el manejo de la atresia de esófago de brecha amplia continúa siendo una frontera por cruzar. La vía de alimentación, la elección de la técnica quirúrgica, la separación de los cabos, así como el reporte de resultados son factores que tienen mucha heterogeneidad en las publicaciones médicas hoy en día. Se ha reportado el afrontamiento de cabos con recanalización espontánea o asistido con endoscopia en el manejo quirúrgico de estos pacientes. Siempre se prefiere el esófago nativo a una sustitución esofágica cuando existe brecha amplia en los pacientes con atresia de esófago ya que disminuye las complicaciones asociadas a la sustitución esofágica.

CONCLUSIÓN: en el paciente con atresia esofágica de brecha amplia es posible lograr la reconexión del esófago por endoscopia como un procedimiento que permite preservar el esófago nativo cuando no es posible realizar una anastomosis de forma segura por lo que con buenos resultados funcionales y de calidad de vida.

CORRECCIÓN EXITOSA DE SÍNDROME DE CIMITARRA MEDIANTE HEMICLAMHELL COMO UNA EXCELENTE ALTERNATIVA EN CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA. REPORTE DE CASO.

Autor: Elvia Teresa Ávila Hernández
Coautores: Arturo Mercado García, Edgar Humberto Juárez Enríquez, Miriam González Fernández
Ponente: Miriam González Fernández
Institución: UMAE 48 HGP IMSS Leon, Gto.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de cimitarra (SC) es una anomalía infrecuente, compleja y de múltiples variables. Representa aproximadamente el 0.5-1% de todas las cardiopatías congénitas y del 3-5% de los casos de drenaje anómalo de venas pulmonares.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Femenino de 4 años 6 meses de edad. Antecedentes: Madre de 29 años de edad, sana. Producto de la Gesta 1, embarazo normoevolutivo. Inicia su padecimiento en las primeras horas de vida con intolerancia a la vía oral y cianosis por lo que permanece hospitalizada iniciando protocolo de estudio.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Rx de tórax: hipoplasia de pulmón derecho, con una densidad diferente, mediastino desplazado a la derecha. ECG: ritmo sinusal, fc 150 lpm, eje a la derecha a 170°, sobrecarga sistólica del ventrículo derecho. ETT: defecto septal interatrial de 10mm, shunt de izquierda a derecha; al menos 3 venas pulmonares conectadas a la aurícula izquierda, dilatación de cavidades derechas, PSAP 36mmHg, QP/QS 5.3 a 1. AngioTac: dilatación de cavidades derechas, hipoplasia pulmonar derecha, se aprecia una vena pulmonar que se conecta a la vena cava inferior. Cateterismo cardíaco: drenaje de ambas venas pulmonares derechas a un colector paracardiaco derecho y a cava inferior en su porción superior, dilatación de cava inferior y de cavidades derechas sobre todo de atrio derecho. TAP 44/14-27mmHg, Ao 70/49-53mmHg, QP/QS 3.9 a 1, URP de 1.6.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: esternotomía, colocación de jaretas aórtica y bicaval. Se intenta disección de vena de cimitarra por esternotomía sin embargo la cardiomegalia impide la disección por lo que se realiza Hemiclamshell derecha con disección de venas pulmonares derechas, se pinza y secciona distal, se realiza doble running, se tuneliza a través de pericardio

y pleura mediastinal derecha la vena pulmonar inferior derecha. Canulación aórtica y bicaval, inicio de derivación cavo-pulmonar (DCP), se incide aurícula derecha (AD), anastomosis de vena de cimitarra a aurícula izquierda (AI). Cierre de comunicación interauricular con parche de pericardio. Auriculorrafia de AD, destete de DCP, hemostasia, colocación de cables epicárdicos y sonda pleural bilateral. Cierre esternal y torácico, cierre de plano muscular y celular subcutáneo.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Posterior a cirugía pasa a la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) donde permanece 2 días con ventilación mecánica, se retira apoyo aminérgico así como sondas pleurales al 3er día de postquirúrgico. Es egresada del servicio de UCIP a piso al 4 día de postquirúrgico con una estancia intrahospitalaria total de 9 días. Actualmente en seguimiento en la consulta externa en clase funcional I de ROSS con ETT de control que reporta retorno de venas pulmonares a atrio izquierdo, adecuada contracción biventricular, sin obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo, movimiento septal conservado.

DISCUSIÓN: El SC, es una constelación de anomalías congénitas que incluyen el drenaje venoso pulmonar anómalo parcial a la vena cava inferior, esto suele ir acompañado de varios grados de hipoplasia de pulmón derecho y de la arteria pulmonar derecha. La cirugía se reserva para pacientes con sintomatología.

CONCLUSIÓN: El abordaje mediante incisión hemiclasmshell (esternotomía parcial longitudinal con toracotomía anterolateral) ofrece un campo operatorio grande, comprende además la totalidad del aspecto frontal del tórax lo que permitió en nuestro caso el abordaje de la vena de cimitarra y la corrección quirúrgica exitosa.

SECCIÓN TRAQUEOESOFÁGICA POR DEGOLLAMIENTO, CASO CLÍNICO

Autor: Rocío Guadalupe Cano Arias
Coautores: Roberto Miguel Damián Negrete, Ángel Fernando Mortola Lomelí, Carlos Andrés Colunga Tinajero
Ponente: Rocío Guadalupe Cano Arias
Institución: Hospital Civil De Guadalajara “Fray Antonio Alcalde”, Jal.

INFORMACION DEL PACIENTE: Masculino de 8 años de edad, originario de Oaxaca y residente de Vallarta, Jalisco. Sin antecedentes relevantes. Es regulado de un hospital regional a nuestra unidad hospitalaria por presentar trauma penetrante en cuello producido por arma blanca. A su llegada a urgencias se recibe con vía aérea asegurada a través de la lesión cervical; sin compromiso ventilatorio; hemodinámicamente estable (se había transfundido paquete globular previamente), con sangrado activo en región cervical; bajo sedación y sin más lesiones asociadas.

EVALUACION DIAGNOSTICA: A la exploración física se encontró paciente con lesión cervical penetrante en zona II, con sección total de tráquea, con signos duros agregados, por lo que fue susceptible de manejo quirúrgico de urgencia. Al momento del ingreso se realizan exámenes de laboratorio (biometría hemática, tiempos de coagulación, pruebas cruzadas) los cuales se reportan dentro de rangos normales para la edad. No se toman estudios de imagen previos a su manejo quirúrgico.

INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA: Durante la exploración quirúrgica se corrobora la lesión traqueal previamente observada, con sección total a nivel del cricoides, la cual se maneja con anastomosis termino-terminal como reparación primaria, sin traqueostomía, durante el procedimiento se retira la cánula endotraqueal que se encontraba colocada en el extremo distal seccionado y se coloca de forma orotraqueal. Además, se encuentran dos lesiones esofágicas laterales, de 1 y 3 cm de longitud, a las cuales se realiza reparación primaria.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: El paciente permanece durante 7 días bajo ventilación mecánica, posterior a los cuales se realiza revisión endoscópica, observando el sitio de anastomosis sin fugas, con adecuada cicatrización, por lo que se retira ventilación mecánica sin complicaciones posteriores. Actualmente se mantiene

asintomático, con última revisión por endoscopia hace 3 meses, sin alteraciones.

DISCUSIÓN: Las lesiones penetrantes del árbol traqueobronquial constituyen <0.5% de los ingresos por trauma pediátrico; sin embargo, presentan importante morbimortalidad, por lo que es de gran relevancia para el manejo inicial de las mismas el aseguramiento inmediato de la vía aérea. Se estima que el 20% de los pacientes presentan lesiones asociadas, como en nuestro caso presentado. En los estudios de años previos se describe que se realizaba hasta en la mitad de los pacientes traqueostomía como parte del manejo de emergencia, sugiriendo no ser mandatoria para aquellos pacientes con lesiones leves. Sin embargo, se ha reportado en los estudios actuales que se observa una tasa alta de éxito cuando se realiza reparación temprana en tejido sano, con una anastomosis termino-terminal primaria, incluso en aquellos casos con disrupción total. En nuestro caso, se trata de un paciente con trauma cervical penetrante quien desde el momento de su valoración inicial se identifica con una sección total de tráquea; por lo que como se recomienda en la literatura comentada se decide su manejo con anastomosis inicial, sin traqueostomía, como reparación primaria, observando resultados satisfactorios.

CONCLUSIÓN: Las lesiones penetrantes traqueales son susceptibles de manejo quirúrgico temprano definitivo con anastomosis termino-terminal sin traqueostomía, en caso de no contar contraindicaciones para la misma, con resultados favorables.

PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS EN MENORES DE 15 AÑOS CON HERIDAS PENETRANTES EN UN HOSPITAL DE PROVINCIA

Autor: Oscar Eduardo Góngora Pérez
Coautores: Luis Armando Rosales Santiago, Linda Paulina Cabrera Manuel, Manuel Eduardo Borbolla Sala
Ponente: Oscar Eduardo Góngora Pérez
Institución: Hospital Regional De Alta Especialidad Del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón”

FUNDAMENTO: Las heridas penetrantes en la edad pediátrica son patologías que se observan de manera más frecuente en los últimos años. El trauma es una de las 3 primeras causas de muerte infantil. El manejo de los pacientes con heridas penetrantes constituye un dilema desafiante para el personal de salud que los recibe en las distintas áreas de urgencia.

La unidad hospitalaria es de tercer nivel con atención de especialidades, se reciben pacientes de los estados del Sureste del País. El índice delictivo en estos estados ha incrementado a lo largo de los años, en el estado se reportan de 36,546 por cada cien mil habitantes. Las heridas por armas de fuego son las más frecuentes y se han incrementado en los últimos años. No se cuenta a nivel nacional con estadísticas que registren el número de pacientes pediátricos con heridas penetrantes.

Este estudio buscó documentar las características clínicas y epidemiológicas relacionadas con la lesión infringida por arma de fuego u objeto punzo cortante que presentaron los pacientes ingresados al área de Urgencias. Así como el manejo ofrecido. El estudio comprendió un período comprendido 6 años.

PROPOSITO: Conocer la prevalencia, características clínicas y epidemiológicas de los pacientes menores de 15 años con heridas penetrantes en un hospital Infantil de Tercer Nivel de atención, durante el periodo 2015-2020.

OBJETIVOS:

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

-Cual es la prevalencias, características clínicas y epidemiológicas de los pacientes menores de 15 años con heridas penetrantes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

-Identificar las características clínicas y epidemiológicas asociados a heridas penetrantes en un hospital de tercer nivel de atención, 2015-2020.

-Reconocer los mecanismos de lesión de heridas penetrantes en menores de 15 años y segmentos corporales involucrados.

-Describir el estado clínico de los pacientes

con heridas penetrantes en menores de 15 años de edad a su ingreso al servicio de urgencias y condiciones a su egreso de la unidad, entre enero del 2015 a diciembre del 2020.

No se realizó hipótesis por tener objetivos específicos descriptivos.

MATERIAL Y METODOS.

Escenario: en un hospital regional de alta especialidad del niño en provincia, público, con población urbana y

rural, de bajos recursos económicos, con cirujanos pediatras adscritos de 4 años de graduados y residente del tercer año de Cirugía Pediátrica. Se realizó un estudio transversal, retrospectivo y analítico. Se analizaron 34 expedientes de pacientes con diagnóstico de herida penetrante en un periodo de 6 años. Se aplicó a cada uno de los expedientes un cuestionario diseñado con las variables de interés. Que se integró con ficha identificación y características clínicas. Todas estas variables se introdujeron en una base de datos para ser utilizados en el paquete estadístico SPSS versión 25.

Método de Recolección y base de datos
 Se utilizó un instrumentó cuestionario para recabar cada uno de los datos de los expedientes de pacientes con heridas penetrantes. Se vació cada cuestionario en el sistema Access y finalmente se interpretaron los datos con el paquete estadístico SPSS IBM v.25. se utilizó media, desviación estándar, además de gráficos y tablas para representar los datos.

Con un diseño del estudio: Observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo.

Tamaño de la muestra: Pacientes con heridas penetrantes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital; con un universo de 50 pacientes en el periodo por estudiar, obteniendo una muestra de 34 expedientes de pacientes.

RESULTADOS

Obtuvimos que del total de 34 pacientes estudiados con herida penetrantes el 74% correspondió al sexo masculino. Se encontró una media de 6.65 ± 1DE 3.38 años. El año en el que se presentaron más casos fue el 2019. El arma de fuego fue la más emplea-

**PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y
EPIDEMIOLÓGICAS EN MENORES DE 15 AÑOS CON HERIDAS
PENETRANTES EN UN HOSPITAL DE PROVINCIA**

Autor: Oscar Eduardo Góngora Pérez
Coautores: Luis Armando Rosales Santiago, Linda Paulina Cabrera Manuel,
Manuel Eduardo Borbolla Sala
Ponente: Oscar Eduardo Góngora Pérez
Institución: Hospital Regional De Alta Especialidad Del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón”

da en un 58%, seguida de armas punzo-cortantes. El segmento anatómico más frecuentemente lesionado fue la cabeza 23%, seguida de abdomen, miembros pélvicos y miembros torácicos con 21% cada uno. El 71% de los pacientes se encuentran en un estado clínico estable a su ingreso en el área de urgencias. 14 de los 34 pacientes egresaron con secuelas permanentes entre las cuales destacan lesiones nerviosas y resecciones o derivaciones intestinales. Se registraron 2 defunciones. La prevalencia de presentar secuelas en caso de que la herida penetrante haya sido provocada por Arma de fuego y el paciente haya ameritado manejo quirúrgico fue del 8.8%. La relación entre el tratamiento quirúrgico y la presencia de secuelas no obtuvo valores significativos.

DISCUSION: Se observó que a lo largo de estos últimos 5 años la cantidad de menores afectados con heridas penetrantes ha incrementado exponencialmente en el país; a semejanza de lo presentado, entre 2015 y 2018 se observó un promedio de 5 casos por año, el año 2019 fue el que más casos aportó, teniendo 16 casos.

Diferimos de manera significativa con Baeza Herrera y col en cuanto al grupo etario más afectado, en este estudio se ve que la mayoría de los casos registrados se encuentran entre los 5 y los 10 años de edad, con 20 pacientes lo cual correspondió al 59%.

Las lesiones ocasionadas por proyectil de arma de fuego predominaron en el estudio a diferencia de lo reportado por estudios realizados en Europa, donde las heridas por objetos punzocortantes fueron las más frecuentes.

Diversos estudios, algunos realizados en Europa, otros en México, señalan que el sitio anatómico con más frecuencia afectado son las extremidades, mientras que en este trabajo se encontró lesiones en la cabeza en un porcentaje mayor.

Moreno y colaboradores mencionan que en España las heridas suelen ser de naturaleza accidental y poca energía, lo que causa menos secuelas. En este trabajo hay similitud con lo reportado en estudios del vecino país EU donde las armas de fuego son causantes de la mayor parte de las lesiones y dejan secuelas, en ocasiones, incapacitantes.

CONCLUSIÓN: El sexo masculino fue el más afectado cuando se trató de heridas penetrantes. La edad promedio 6.6 años. El arma de fuego fue el arma más frecuentemente empleada. La cabeza es el segmento anatómico más afectado seguido de miembros y abdomen.

El manejo inmediato, adecuado y eficaz de las heridas penetrantes en el paciente pediátrico, fue de vital importancia para el pronóstico. La decisión de manejo quirúrgico o no, se inició en el adecuado bordaje del paciente de forma individual, desde el primer momento que este llegó al servicio de urgencias.

El manejo inmediato, adecuado y eficaz de las heridas penetrantes en el paciente pediátrico, fue de vital importancia para el pronóstico. La decisión de manejo quirúrgico o no, se inició en el adecuado bordaje del paciente de forma individual, desde el primer momento que este llegó al servicio de urgencias.

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV2 EN LA FORMACIÓN DE RESIDENTES DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Autor: Jhocelyn Patrizia Ibáñez Martínez
Coautores: Ibraim Soto García, Eduardo Vásquez Gutiérrez, Sandra Patricia Mota Díaz
Ponente: Jhocelyn Patrizia Ibáñez Martínez
Institución: Unidad Médica de Alta Especialidad 25 Monterrey, N.L.

FUNDAMENTO: La pandemia por SARS-CoV2 marcó un antes y un después a nivel mundial, implicando notables cambios en todos los ámbitos de nuestro entorno, incluyendo la formación de los médicos residentes de especialidades quirúrgicas. El número de cirugías realizadas durante este periodo así como la participación de los residentes en las mismas disminuyó considerablemente, esto dado por la reconversión de centros de alta demanda quirúrgica, para atención, en algunos casos de manera exclusiva de pacientes con infección por el virus SARS-CoV-2, además de suspenderse todas las rotaciones en sedes hospitalarias diferentes a la unidad sede de residencia, trayendo consigo un importante retraso en las habilidades y destrezas que se suponen deben ser adquiridas durante este periodo de entrenamiento.

PROPÓSITO: El objetivo de este trabajo es exponer el impacto que ha tenido la pandemia por SARS-CoV2 en la formación de los residentes de Cirugía Pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS. El estudio fue realizado en un Hospital de Tercer Nivel del Noreste de la República obteniendo mediante bases de datos el récord de procedimientos quirúrgicos realizados por los residentes de Cirugía Pediátrica en el periodo de Junio a Diciembre del 2019, previo a la pandemia por SARS-CoV2 y se comparó con los procedimientos realizados en el mismo periodo del año 2020, posterior al inicio de la pandemia.

RESULTADOS. En el año 2019 fueron realizados un total de 309 procedimientos quirúrgicos con la siguiente distribución: R1 = 38 (12.3%), R2 = 88 (28.5%), R3 = 78 (25.2%) y R4 = 105 (34.0%). Mientras que en el año 2020 fueron realizados un total de 216 procedimientos quirúrgicos con la siguiente distribución: R1 = 13 (6.0%), R2 = 41 (19.0%), R3 = 59 (27.3%) y R4 = 103 (47.7%).

DISCUSIÓN. El número de procedimientos realizados durante los primeros años de la residencia de Cirugía Pediátrica registró una disminución significativa durante esta pandemia, inclusive reduciéndose hasta en un 50% en los residentes de primer año. Los principales procedimientos realizados durante la pandemia fueron aquellos asociados a colocación de accesos vasculares siendo realizados en su mayoría por R3, muy contrario a lo registrado en el año 2019 donde en su mayoría fueron realizados por R1. A su vez, no hubo cambios significativos en el número de procedimientos realizados por residentes de último año, sin embargo la mayor parte de ellos fueron cirugías menores, las cuales por lo general son realizadas por residentes de menor grado.

CONCLUSIÓN. La formación de los médicos residentes de Cirugía Pediátrica ha sufrido un impacto negativo secundario a la pandemia por SARS-CoV2, presentándose una disminución drástica en el volumen de procedimientos realizados, afectando principalmente a los residentes de años inferiores, lo cual desencadena un retroceso importante en sus competencias prácticas que podrá generar graves consecuencias a largo plazo.

ENTEROCOLITIS NECROSANTE POSTERIOR A LA REPARACIÓN DE GASTROSQUISIS, UNA COMPLICACIÓN POCO DESCRITA. COHORTE RETROSPECTIVA EN UN CENTRO DE REFERENCIA 2014-2021

Autor: Alma Verónica Martínez Luis
Coautores: Carlos Gutiérrez Avalos, Cristian Rubén Zalles Vidal, Alejandro Peñarrieta Daher
Ponente: Alma Verónica Martínez Luis
Institución: Hospital Infantil de México Federico Gómez, CDMX.

FUNDAMENTO: La enterocolitis necrosante (ECN) es una complicación grave que puede presentarse posterior al cierre de gastrosquisis y le confiere una importante morbilidad y mortalidad a los pacientes; sin embargo ha sido muy poco descrita a lo largo del tiempo. Es importante identificar los factores de riesgo.

Propósito: El objetivo de nuestro estudio es describir nuestra experiencia durante 7 años en pacientes con gastrosquisis que presentaron ECN posterior al cierre del defecto, y determinar qué factores se asociaron a su presentación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de cohorte retrospectivo, transversal, analítico, en un hospital de referencia de tercer nivel. Se incluyeron todos los neonatos con diagnóstico de gastrosquisis que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos neonatales en el periodo de enero 2014 a marzo 2021, y que posterior al cierre del defecto tuvieron diagnóstico confirmado de ECN; se excluyeron los pacientes sin expedientes clínicos completos. La recolección de datos se realizó en el expediente clínico, el seguimiento se realizó por consulta externa y vía telefónica. El análisis comparativo fue multivariado entre pacientes con y sin ECN, utilizando para variables cuantitativas la t de student o U de Mann-Whitney y para variables categóricas X² o prueba exacta de Fisher.

RESULTADOS: Se estudiaron 132 pacientes, de los cuales 6 (4.5%) presentó ECN, el 50% presentó el evento durante la primera hospitalización, con edad media de presentación de 49.5 días. Un paciente presentó ECN recurrente (4 eventos), dos pacientes presentaron neumoperitoneo requiriendo manejo quirúrgico sin identificarse sitio de perforación ni evidencia de necrosis. Un paciente falleció por choque séptico secundario a ECN con evolución fulminante sin exploración quirúrgica. El 83.3% se corrigió el defecto mediante cierre de pared abdominal sin sutura en etapas, con media de 4.8 días.

Los 6 pacientes identificados con ECN, fueron alimentados durante su estancia con alimentación mixta. La media de inicio de la vía enteral fue de 14.3 días, y 28.5 días en alcanzar la alimentación completa. Dos de los 6 pacientes con ECN tenían gastrosquisis compleja (atresia intestinal tipo IV). La media de estancia intrahospitalaria fue de 53.5 días. En el análisis comparativo, el peso bajo al nacimiento se asoció a ECN ($p=0.041$). La presencia de gastrosquisis compleja demostró aumentar el riesgo de presentar ECN ($p=0.048$).

DISCUSIÓN: La incidencia de ECN con gastrosquisis reportada en la escasa literatura es de 5-20%, en nuestra población fue del 4.5%. La presentación fue más tardía que la ECN neonatal, y pueden cursar con neumoperitoneo sin evidencia de sitio de perforación intestinal y/o necrosis, lo que implica que la mayoría no requieren tratamiento quirúrgico. Al igual que lo reportado en la bibliografía, el bajo peso al nacer fue factor de riesgo, así como la presencia de gastrosquisis compleja, que puede explicarse debido a una mayor dismotilidad intestinal.

CONCLUSIÓN: La sobrevida de los pacientes con gastrosquisis ha mejorado con el tiempo debido a las nuevas estrategias de manejo. Sin embargo, la ECN es una complicación grave de presentación tardía en pacientes con gastrosquisis con una tasa de letalidad del 17%, los factores de riesgo que se asocian son bajo peso al nacer y la presentación compleja de la gastrosquisis. La mayoría no requieren manejo quirúrgico si no manejo médico intensivo.

**SILO ABS VS CONVENCIONAL SUTURADO EN GASTROSQUISIS.
¿CUÁL OFRECE MEJORES RESULTADOS? ESTUDIO COMPARATIVO.**

Autor: Ibraim Soto García
Coautores: Eduardo Vásquez Gutiérrez, Alma Edith Huerta Vargas
Ponente: Alma Edith Huerta Vargas
Institución: Unidad Médica de Alta Especialidad 25 Monterrey, N.L.

FUNDAMENTO: La gastrosquisis es el defecto de pared abdominal que requiere intervención quirúrgica al nacimiento más frecuente en nuestro país, y genera retos importantes en su diagnóstico y tratamiento. La necesidad creciente de una técnica efectiva, de bajo costo y de fácil reproducción hace que el silo ABS sea la opción más viable, segura y efectiva para estos pacientes, actualmente se requiere de estudios que avalen su beneficio, así como las ventajas de esta nueva técnica respecto a las ya estudiadas en años anteriores. Propósito: Comparar ¿Existe una diferencia en beneficios entre pacientes con gastrosquisis manejados con silo ABS (ABS) vs silo convencional suturado a piel (CONV)?.

MATERIAL Y METODO: Escenario: Realizado en centro médico de tercer nivel de atención público en provincia. Participan cirujanos pediatras con más de 20 años de experiencia y residente de segundo año de cirugía pediátrica. Participantes: Pacientes con gastrosquisis referidos de hospitales de segundo nivel con diagnóstico de gastrosquisis entre 1 enero de 2015 y 31 de mayo de 2021. Exclusión: pacientes operados con cierre primario de pared abdominal. Recolección de la información: Estudio retrospectivo, observacional, longitudinal, y analítico. Revisión de expedientes clínicos, recolectando datos demográficos. Variables dependiente: complicaciones, días estancia hospitalaria, tiempo de inicio de la vía oral, necesidad de ventilación mecánica y exploración quirúrgica post cierre. Variable Independiente: Tipo de silo. Análisis: Se utilizó t Student o chi cuadrada para el contraste de hipótesis utilizando un intervalo de confianza del 95% y margen de error del 5%.

RESULTADOS: Se realizó análisis de un total de 30 recién nacidos con diagnóstico de gastrosquisis (n=30), 53.33% (n=16) en manejo con ABS y 46.67% (n=14) en manejo con CONV. Los manejados con CONV aumento 1.52 veces el riesgo de presentar complicaciones (OR 1.52), mayor riesgo de mortalidad, el riesgo de infecciones fue 2.4

veces mayor (OR 2.4) y 4.5 veces mayor riesgo de requerir exploración quirúrgica (OR 0.57). Finalmente días para inicio de la vía oral CONV 28.6±15 y de 12±6.6 en el grupo ABS con una p0.000 y días al alta de 50,5±29.3 en el grupo CONV frente a 24.2±9.6 en el grupo ABS con una p0.001.

DISCUSION: En nuestro análisis estadístico se demuestra que el manejo con ABS tiene un menor riesgo de presentar complicaciones infecciosas al lograr disminuir la invasión y la exposición de las asas intestinales al disminuir el tiempo de ventilación mecánica y el tiempo al cierre. Así mismo se logra disminuir el riesgo de exploración quirúrgica al disminuir el peeling y las adherencias al lograr restablecer la homeostasia abdominal. Las principales limitaciones de este estudio son debido al tipo de universo de paciente que atendemos, probablemente en centros maternos infantiles los riesgos son menores.

CONCLUSIONES: El uso de ABS es una técnica relativamente nueva, son pocos los estudios disponibles, se ha demostrado que disminuye significativamente tiempo de reducción del defecto, un inicio de vía oral temprana, menos días de uso de nutrición parenteral, disminuye el riesgo de complicaciones y días de estancia hospitalaria, así como la probabilidad de requerir una reintervención quirúrgica en comparación con el SILO convencional., Se requieren estudios futuros que comprueben la reproductibilidad de los resultados aquí observados y compararlos con otros dispositivos cerrados prefabricados y evaluar el costo-beneficio de cada uno, además, debido a los escasos de estudios que comparen estos sistemas se considera un tema interesante para el desarrollo de investigaciones futuras.

**CATETERISMO DE LA VENA YUGULAR INTERNA EN RECIÉN NACIDOS
PREMATUROS, Y HEMODINAMIA DEL FLUJO SANGUÍNEO ARTERIAL CEREBRAL.**

Autor: Fernando Felix Montes Tapia
Coautores: Estefanía Villarreal Garza, Claudio Casas Murillo, Claudia Rodríguez Garza
Ponente: Adriana Nieto San Juanero
Institución: Universidad Autónoma De Nuevo León, Hospital Universitario "Dr. José E. González"

FUNDAMENTO: Cada año, miles de recién nacidos prematuros desarrollan hemorragia intraventricular de la matriz germinal (GM-IVH). Su patogenia es multifactorial debido a la fragilidad del lecho capilar inmaduro de los vasos endoteliales. Se ha descrito que las fluctuaciones en el flujo sanguíneo cerebral aumentan la probabilidad de desarrollar un GM-IVH. Los accesos intravenosos centrales son esenciales en los recién nacidos críticamente enfermos. Algunos estudios sugieren que un cateterismo en la vena yugular interna derecha (VYID) puede causar congestión venosa, favoreciendo el aumento de la presión intracraneal (PIC), convirtiéndose en un riesgo para desarrollar GM-IVH.

PROPÓSITO: No existen estudios que hayan asociado la cateterización de la VYID con hemorragia intraventricular en neonatos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio realizado en un hospital público de tercer nivel en Monterrey, el cirujano pediatra tienen más de 10 años de experiencia. Autorizado por el comité de Ética institucional clave PI18-00379. Estudio prospectivo, comparativo que inició en agosto del 2018; criterios de ingreso: recién nacidos ≤ 34 semanas de gestación, edad cronológica $<$ de 28 días, hemodinámicamente estables y que requirieron un CVC o PICC. Criterio de Eliminación: GM-IVH grado II o superior. Se estimó un tamaño de muestra de 20 sujetos con CVC en la vena yugular interna derecha (VYID) y el grupo control 20 sujetos con CVC o PICC en otros accesos venosos.

INTERVENCIÓN: Evaluación por ecografía Doppler antes de la colocación del CVC para evaluar los índices de resistencia (RI), velocidades sistólicas máximas (PSV) y la velocidad diastólica final (VDE) de las arterias cerebrales media y anterior, luego se evaluaron estos a las 24 horas y 7 días después de la colocación del CVC o PICC.

RESULTADOS: En el periodo de estudio se han incluido 30 recién nacidos prematuros: 10 (33%) del grupo de VYID y del grupo control 20 (66%) con otras vías venosas. Del grupo de VYID, la edad al momento de la colocación del catéter a los 5 (+/- 4) días y en el control 3,8 (+/- 3). La mediana de edad gestacional en el grupo VYID 31,1 (+/- 3,4), y en el control 29,1 (+/- 2,1). En el grupo VYID 6 masculinos y 4 femeninos y en el control 12 (60%) y 9 (40%) respectivamente. La media de peso en el grupo VYID de 1390 (+/- 392) gramos y en el control 1043 (+/- 312). El grupo control 5 (25%) PICC, 6 (30%) femoral y 9 (45%) subclavia. No encontramos diferencias significativas en las ecografías craneales de seguimiento de RI, PSV y EDV al inicio ($p = 0,724$), 24 horas ($p = 0,779$) y 7 días ($p = 0,932$) entre ambos grupos. En la evaluación de 7 días de ambos grupos, se encontró GM-IVH en 11 pacientes (27,5%). Nueve pacientes (81,8%) con GM-IVH grado I, un paciente (9,1%) grado II y un paciente grado III (9,1%). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de GM-IVH ($p = 0,723$) en el seguimiento entre ambos grupos. Mortalidad grupo VYID 2(20%) y 6 (20%) todos después de 7 días de seguimiento.

DISCUSIÓN: No hay diferencia en los parámetros Doppler del flujo sanguíneo arterial cerebral en los recién nacidos prematuros con una vía central yugular interna en comparación con aquellos con otras vías venosas centrales.

CONCLUSIÓN: Los datos encontrados hasta el momento sugieren que la colocación de un CVC en la VYID en recién nacidos prematuros es un procedimiento seguro para la hemodinámica cerebral arterial. No existe un riesgo importante de GM-IVH en aquellos pacientes con un catéter venoso yugular interno en comparación con aquellos con accesos venosos en otro acceso venoso.

DIRECCIÓN DE PUNCIÓN DE VENA YUGULAR INTERNA DERECHA EN NEONATOS. SERIE DE CASOS

Autor: Fernando Felix Montes Tapia
Coautores: Zelenia García Alcudia, Oscar Eduardo Cervantes García, Daniela Morales Leal
Ponente: Zelenia García Alcudia
Institución: Universidad Autónoma De Nuevo León, Hospital Universitario "Dr. José E. González"

FUNDAMENTO: La técnica de punción central por guías anatómicas de la vena yugular interna derecha (VYID) para la colocación de un catéter venoso central (CVC), describe que la dirección de la punción es hacia la tetilla derecha (ipsilateral), sin embargo, hemos notado que cuando se realiza la punción guiada por ultrasonido en tiempo real en neonatos, la punción no va dirigida hacia el punto descrito.

PROPOSITO: Establecer la dirección de la punción de la VYID en neonatos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio realizado en un hospital público de tercer nivel en Monterrey, el investigador principal, cirujano pediatra con experiencia de más de 10 años. Se incluyeron a todos neonatos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) que requirieron un CVC en la VYID. Se excluyeron a los pacientes ingresados en UCIN que tuvieran más de 28 días de vida y se eliminaron a los que no se pudo completar el procedimiento por eventos adversos o variaciones anatómicas. Técnica de Acceso Vascular: Se inicia el procedimiento realizando una evaluación rápida de los vasos cervicales, luego se realiza un marcaje trazando una línea vertical en la parte media de la tetilla derecha y en la parte media de la apófisis xifoides. La punción es guiada por ultrasonido en tiempo real a nivel del triángulo de Sedillot, imitando la técnica central de punción guiada por guías anatómicas. La canalización de

la VYID se realiza con un Jelco® en la parte central de la cara anterior de la vena. Una vez la guía dentro de la vena a través del Jelco®, se comprueba por US su localización intravascular y se fotografía la región cervicotorácica que incluye la guía y las líneas de marcaje. Posteriormente se realiza la introducción de CVC por técnica de Seldinger.

INTERVENCIÓN: Se creó una aplicación con el software Python Metrics para la medición de distancias en una fotografía digital. Se realiza capacitación para la utilización del software. Primeramente se calibra la fotografía de cada paciente con las medidas estandarizadas del diámetro del Jelco®. Se traza sobre la fotografía digital un vector de la guía que traduce la trayectoria de la VYID para luego relaciona-

lo con el eje horizontal del marcaje anatómico marcado (tetilla y xifoides). Variables independientes: edad gestacional, edad, peso, comorbilidades. Dependientes: distancia de la orientación del trayecto de la VYID en referencia a la tetilla derecha y distancia de la orientación del trayecto de la VYID en referencia al apéndice xifoides. Estudio ambispectivo, sin sesgos. Para el tamaño de muestra se consideraron a todos los pacientes que cumplieron con los criterios de selección y que tuvieran en la base de datos una fotografía digital con los marcajes. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS y se analizaron las medidas estadísticas descriptivas tradicionales para las variables cuantitativas y cualitativas.

RESULTADOS: Se incluyó un total de 53 pacientes, masculinos 36 (67.9%) y femeninos 17 (32.1%). La edad gestacional promedio fue de 34 (24 a 40.4) semanas de gestación con un peso promedio de 1.700 (0.580 a 3.980) kg. Se obtuvo un promedio de diámetro de la VYID de 0.317 (0.180 - 0.503) cm., la distancia trayecto VYID a tetilla de 2.661 (1.171-5.650) cm. y de distancia de trayecto VYID a xifoides de 0.808 (0.082-2.624) cm.

DISCUSION Y CONCLUSIÓN: La punción de la VYID por US es considerado un estándar en las guías de acceso vascular, sin embargo, se requiere de tecnología (US) y capacitación del cirujano pediatra para realizar este procedimiento, debido a lo cual aún hay muchos centros que realizan la punción por guías anatómicas. Nuestros datos demuestran que la dirección de la punción siguiendo la trayectoria de la VYID con relación a la tetilla derecha, no es precisa en la etapa neonatal, ya que encontramos que la dirección de la punción se encuentra más cercana hacia la apéndice xifoides. Este hallazgo pudiera ser la causa de la baja eficacia de canalización de la VYID en neonatos y sus complicaciones. Consideramos que la dirección de la punción de la VYID debe de realizarse medial a la tetilla ipsilateral, la cual aún deberá de validarse con un estudio clínico.

EXPERIENCIA EN ABDOMEN HOSTIL EN HOSPITAL DE
ALTA ESPECIALIDAD DEL NORESTE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Autor: Sandra Patricia Mota Díaz
Coautores: Eduardo Vásquez Gutiérrez, Gladiola Borjas Saucedo
Ponente: Gladiola Borjas Saucedo
Institución: Unidad Médica de Alta Especialidad 25 Monterrey, N.L.

FUNDAMENTO: El abdomen hostil es una severa complicación, resultado de múltiples intervenciones quirúrgicas de emergencia realizadas para controlar procesos sépticos abdominales, fugas anastomóticas, complicaciones postoperatorias, y evitar un síndrome compartimental. Estas secuencias quirúrgicas llevan a la creación de ostomías, retracción aponeurótica y formación de adherencias fibrosas intraperitoneales; creando un abdomen de difícil abordaje al momento de la reconstrucción y cierre abdominal, una vez superada la fase aguda. Tiene un impacto médico quirúrgico importante y una elevada morbimortalidad, además de dificultad de su abordaje terapéutico y la necesidad de conocer la complejidad de los sucesos que conllevan a su instauración, por lo que presentamos una serie de casos de abdomen hostil.

PROPOSITO: Describir la experiencia del manejo quirúrgico de pacientes con diagnóstico de abdomen hostil, en un hospital de tercer nivel en el noreste de México.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó estudio descriptivo, retrospectivo, Serie de casos. Participan en el estudio cirujanos pediatras certificados con más de 15 años de experiencia. Se revisaron los expedientes de pacientes sometidos a más de 2 intervenciones quirúrgicas con pérdida de planos de disección, calificados con diagnóstico de abdomen hostil en pacientes pediátricos entre los años 2019 a 2021 en un hospital público de tercer nivel del noreste de México. Se incluyeron un total de 5 pacientes con diagnóstico de abdomen hostil y expediente completo que requirieron 2 o más intervenciones quirúrgicas. Las variables consideradas fueron diagnóstico inicial, la sobrevida, las complicaciones, tiempo quirúrgico, enfermedades asociadas, severidad, tipo de intervenciones, el uso de antibióticos y esteroides.

RESULTADOS: En los 5 pacientes se realizó laparotomía exploradora, 2 (40 %) fueron hombres y 3 (60 %) mujeres; la cirugía se realizó a un promedio de tiempo de 3.9 hrs. El tipo de intervención la de mayor incidencia fue urgencia 4 (80%). En promedio el número de intervenciones por paciente fue de 4.6 ocasiones. El promedio de estancia intrahos-

pitalaria fue de 106 días. Las enfermedades asociadas fueron: Obesidad 2 (40%), sepsis 1 (20%), Síndrome de Turner 1 (20%), y enterocolitis 1 (20%). Respecto a los hallazgos se identificaron adherencias 5 (100%), perforación intestinal en 4 (80%) y peritonitis severa en (40 %) y generalizada en 3 (60%) La supervivencia fue del 100 %, sin recurrencia hasta el momento. Todos los pacientes fueron manejados con antibiótico en el postquirúrgico: 2 (40%) recibieron antibiótico de amplio espectro, En cuanto a las complicaciones fue la enterotomía inadvertida la cual se presentó en 3 (60%) En el seguimiento 1 (20%) a su egreso se indicó dosis de mantenimiento de octreotida.

DISCUSIÓN: La mayoría de nuestros pacientes desarrollaron fistula enterocutánea, brindando tratamiento expectante a base de octreotida, con una adecuada evolución en pacientes pediátricos en comparación a lo descrito en la literatura tomando en cuenta que la mayoría de las publicaciones son sobre pacientes adultos. Una de las patologías que tuvo más relación con este estado de salud fue la enfermedad de Hirschsprung, por lo cual se debe hacer énfasis en identificar las características clínicas y radiológicas sugestivas de dicho diagnóstico. Una de las diferencias mas significativas en nuestro trabajo que consideramos de relevancia estadística y pronostica es el manejo de abdomen hostil cerrado, ya que tiene una mayor sobrevida con mejor pronóstico, y una tasa de mortalidad mínima a diferencia de los datos reportados en pacientes adultos. La estancia en la unidad de cuidados intensivos en nuestros pacientes fue en promedio de 2.5 días un periodo corto en comparación a pacientes adultos que requieren estancias prolongadas en terapia intensiva aumentando el riesgo de complicaciones y comorbilidades.**CONCLUSIONES:** El abdomen hostil requiere un diagnóstico temprano para reducir las consecuencias que son falla intestinal, peritonitis, sepsis, abscesos, fistulas entero-cutáneas y enteroatmosférica, implicaciones metabólicas (uso de NPT a largo plazo), síndrome de intestino corto dificultad técnica para abordar abdomen hostil, oclusión intestinal recurrente, alto costo de atención.

MEGARECTOSIGMOIDES POR CONSTIPACIÓN CRÓNICA IDIOPÁTICA. SIGMOIDECTOMÍA CON ROBOT, PRIMER CASO EN MÉXICO

Autor: Analí Meza Gallegos
Coautores: Pedro Salvador Jiménez Urueta, Sergio Terriquez Rodríguez, Alejandro Fabian Oliver Tamayo
Ponente: Analí Meza Gallegos
Institución: Centro Médico Nacional “20 De Noviembre”, ISSSTE, CDMX.

PROPÓSITO: Reportar el tratamiento de un paciente pediátrico con constipación crónica idiopática refractaria al tratamiento médico. Manejado con sigmoidectomía con Robot Da Vinci Si.

CASO CLÍNICO: Masculino de 9 años de edad que inicio su padecimiento, desde el primer año de edad, manejado durante 8 años con diversos laxante y enemas, con mejoría relativa, persistiendo con dolor, pujo, sangrado, un patrón de una evacuación por semana y un Bristol 2. Con falta de respuesta al tratamiento y el empeoramiento de la sintomatología.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Mediante colon por enema se confirmó el diagnóstico de megarectosigmoides. Los parámetros de laboratorio preoperatorios dentro de límites normales.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Se decide manejo quirúrgico, se realiza sigmoideostomía asistida por sistema robótico Da Vinci Si (tercera generación). En posición de litotomía modificada, con docking robótico (ensamble) inferior. Previa disección de la región inferior del mesosigmoides, localización y ligadura de la arteria sigmoidea, se realiza primer corte con engrapadora lineal de 60 mm a 3cm por arriba de la reflexión peritoneal, el segundo corte a 18cm del primero, donde ya se observó un colon de calibre normal, con lo que se logro una movilización adecuada sin tener que liberar el ángulo esplénico del colon, permitiendo una restitución intestinal cómoda, mediante anastomosis término terminal con engrapadora circular de 29 mm. Finalmente se colocó un drenaje y se da por terminado el procedimiento. Tiempo quirúrgico 180 minutos.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Evolución postquirúrgica satisfactoria, se inició dieta al cuarto día, con adecuada tolerancia, sin distensión abdominal, canalizando gases y evacuaciones presentes bristol 4,

con gasto mínimo por el drenaje, el cual se retira al tercer día. Egresado al quinto día de estancia postquirúrgica.

DISCUSIÓN: La esfínteromiectomía ano rectal fué un procedimiento utilizado en la década de los 80s del siglo pasado, para el tratamiento de constipación crónica idiopática¹. En la actualidad se ha resuelto mediante sigmoidectomía, rectosigmoidectomía, apendicostomía o cecostomía. Las indicaciones quirúrgicas han sido, la falla al tratamiento médico, falta de apego al tratamiento o por el gran crecimiento del sigmoide y recto que complican el manejo^{2,3,4,5}. Los pacientes sometidos a estos procedimientos deben ser bien protocolizados. Según James y cols. cuando el diagnóstico de megarecto se ha establecido, no existe justificación para postergar la cirugía, ya que su demora agrava los problemas sociales y emocionales del paciente². Desde el punto de vista de la técnica quirúrgica, la resección del colon tiene varias modalidades de abordaje, el caso que presentamos fue manejado en forma video asistida con robot.

Se realizó una sigmoidectomía anatómica sin rebasar la reflexión peritoneal. A reserva de que se haya escapado a la revisión exhaustiva incluyendo medline y pub med, no encontramos reportes de sigmoidectomías asistidas por robot en la literatura nacional o internacional, por lo que este sería el primer reporte mundial.

CONCLUSIONES. La sigmoidectomía en pacientes con constipación crónica intratable resulta en una dramática mejoría, con reducción o eliminación de medidas laxantes. La resección del sigmoide con asistencia de robot es una alternativa segura en el paciente pediátrico.

HERNIA INTERNA DE DIVERTÍCULO DE MECKEL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN PEDIATRÍA. REPORTE DE CASO CLÍNICO

Autor: Víctor Hugo Grande Espíndola
Coautores: Othón Romero Terán, Antonio Castro Cruz, Isaías Gómez Barrera
Ponente: Víctor Hugo Grande Espíndola
Institución: Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE, CDMX.

INTRODUCCIÓN: El divertículo de Meckel (DM), es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal. Su incidencia en población general es de 2%. Las complicaciones se presentan entre 4-30% de casos, siendo la más frecuente en niños, la hemorragia. Presentamos el caso clínico de un niño con obstrucción intestinal secundaria a hernia interna del Meckel como causa poco frecuente de abdomen agudo en Pediatría.

PRESENTACIÓN DE CASO: Paciente masculino de 12 años, portador de enfermedad inflamatoria intestinal inespecífica, en tratamiento con mesalazina, acidosis tubular renal y vejiga neurogénica. Inicio con presencia de dolor abdominal, periumbilical, difuso, intermitente, sin irradiaciones, sin exacerbantes ni atenuantes, 24 horas posteriores se agrega náusea y vómito de características gástricas en aproximadamente 10 ocasiones, refiere ausencia de evacuaciones 2 días previos al inicio del dolor abdominal, acude a valoración y con diagnóstico de estreñimiento e intolerancia a la vía oral se otorga manejo sintomático, sin presentar mejoría, persiste con dolor abdominal, se agrega taquicardia, taquipnea, hipertensión y oliguria, ingresa a urgencias en donde se le encontró consiente, sin compromiso cardiopulmonar, abdomen blando, depresible, dolor a nivel de hipogastrio, sin datos francos de irritación peritoneal, la radiografía de abdomen con distensión de asas intestinales, ausencia de aire distal y niveles hidroaéreos, tomografía computada de abdomen(TC) con presencia de líquido libre, distensión intestinal, así como imagen sugestiva de invaginación intestinal, sus laboratorios con leucocitos a expensas de neutrofilia, en equilibrio ácido base. Se decide su intervención quirúrgica por abordaje laparoscópico, encontrando 800 ml de líquido inflamatorio y la presencia de hernia interna de intestino delgado secundaria al DM, la cual se reduce, realizando mediante técnica video asistida, resección del divertículo, anastomosis término terminal y

apendicectomía incidental. Evolución posoperatoria satisfactoria y egreso del servicio. Reporte de patología con presencia de DM. Actualmente con buena evolución a 6 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN: El riesgo de complicaciones del DM, incluidas diverticulitis, hemorragia y obstrucción, es del 4% al 6%. En los niños la complicación más frecuente y peligrosa es la hemorragia, que se asocia a la presencia de mucosa gástrica heterotópica capaz de ulcerar el intestino normal. La obstrucción intestinal, ocurre por distintos mecanismos etiopatogénicos, siendo la invaginación intestinal, el más frecuente. En nuestro caso, la presencia de la hernia interna debajo de la arteria meso diverticular entre el mesenterio y el DM provocó la obstrucción intestinal, la cual es poco frecuente. La eficacia de las imágenes de diagnóstico en estos casos es variable, las radiografías simples suelen ser inespecíficas. La TC abdominal puede producir una alta tasa de diagnóstico cuando hay obstrucción del intestino delgado (81% a 96%), pero la etiología del DM difícil de identificar, debido a la incapacidad de distinguir un divertículo entre las asas del intestino delgado. El manejo quirúrgico requiere la resección del DM mediante el abordaje abierto o laparoscópico.

CONCLUSIÓN: La obstrucción intestinal secundaria a la hernia interna del DM es una causa poco frecuente de abdomen agudo en Pediatría, hay pocos datos exactos en la literatura respecto a su incidencia.

PRESENTACIÓN INUSUAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A DIVERTÍCULO DE MECKEL CON BANDA MESODIVERTICULAR

Autor: Laura Patricia Raya Garza
Coautores: Julio Cesar Riojas Robles, Nabila Margarita Peña Zapata
Ponente: Laura Patricia Raya Garza
Institución: Hospital General De Zona No 6, IMSS.

INTRODUCCIÓN: El divertículo de Meckel es la malformación más frecuente del tracto gastrointestinal, se origina por una falta de involución del conducto onfalomesentérico; En 3 a 6% de los casos se acompaña de una banda mesodiverticular que se extiende desde la punta del divertículo al mesenterio del íleon y corresponde a un remanente embriológico de la arteria vitelina izquierda, su presencia puede condicionar hernia interna y obstrucción intestinal.

CASO CLÍNICO: Masculino de 3 meses de vida, se hospitaliza por vómito gastro alimentario, sin predominio de horario, posteriormente biliar, acompañado de distensión abdominal, irritabilidad y llanto inconsolable. En la exploración física se aprecia abdomen distendido, tenso, ausencia de peristalsis, hiperestesia e hiperbaralgia, se coloca sonda orogástrica con drenaje biliar franco. En la radiografía simple de abdomen se observan niveles hidroaéreos, dilatación de asas intestinales y ausencia de gas distal; En el ultrasonido se reporta líquido libre y los exámenes de sangre mostraron leucocitosis con neutrofilia, la gasometría venosa y electrolitos séricos normales.

Se decide realizar laparotomía exploradora con diagnóstico de oclusión intestinal; Los hallazgos transoperatorios fueron hernia interna secundaria a banda mesodiverticular cuya extensión iba de la punta de un divertículo de Meckel perforado en su base hasta el mesenterio ileal, localizado a 30 cm de la válvula ileocecal. Se reseca la banda y el divertículo de Meckel con bordes libres laterales de 5 cm y posterior anastomosis término-terminal en un plano con puntos simples. Al quinto día postquirúrgico reinicia vía oral con seno materno, la evolución fue favorable y se decide egreso a domicilio con vigilancia vía consulta externa.

DISCUSIÓN: Las bandas mesodiverticulares son estructuras fibrovasculares que se extienden desde la punta del divertículo de Meckel al mesenterio del intestino delgado; El principal mecanismo de obstrucción

intestinal es la herniación interna de un asa del intestino delgado debajo de la banda. Raramente se considera este diagnóstico entre las causas de obstrucción intestinal y su identificación suele ser mediante abordaje quirúrgico, por lo que la cirugía temprana es importante en la prevención de estrangulación y gangrena del intestino delgado.

CONCLUSIÓN: Los remanentes onfalomesentéricos son considerados causa frecuente de obstrucción intestinal en pacientes previamente sanos y la tasa de complicaciones es directamente proporcional a la atención quirúrgica temprana.

**HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE PRESENTACIÓN TARDÍA.
REPORTE DE UN CASO**

Autor: José Del Carmen De La Cruz Pérez
Coautores: Wilber Ademar Tuyub Domínguez, Cesar Mauricio Calderón Alipi
Ponente: José Del Carmen de la Cruz Pérez
Institución: Hospital Del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padron.

INFORMACION DEL PACIENTE. Femenino de 7 meses, sin antecedentes de importancia; nacida a término, peso al nacimiento de 3200g., egresada sin complicaciones aparentes.

Presenta disnea y cianosis intermitente desde el nacimiento, acentuadas al quinto mes de vida, multitratada, sin mejoría; al séptimo mes datos francos de dificultad respiratoria, sin síntomas acompañantes.

EVALUACION DIAGNÓSTICA. Clínicamente pulmón izquierdo con hipoventilación apical, región basal con ruidos peristálticos; radiografía de tórax con imágenes sugestivas de asas intestinales intratorácicas; tomografía, corrobora hernia diafragmática izquierda. Ecocardiograma reportó insuficiencia tricúspide, presión de la pulmonar normal, lo que sugiere mejor pronóstico.

INTERVENCION TERAPEUTICA. Se realizó plastia diafragmática con abordaje abdominal, encontrando defecto diafragmático posterolateral con saco que contenía asas de intestino delgado, colon y bazo; requirió cuidados intensivos y ventilación mecánica durante 7 días, evolucionó a la mejoría.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS. Egresada en adecuadas condiciones, sin alteración respiratoria, seguimiento al mes posquirúrgico: clínicamente estable y sin alteración radiológica, se mantiene en vigilancia anual, asintomática.

DISCUSIÓN. La hernia diafragmática congénita de presentación tardía (HDCPT) oscila entre 5 y 25%, presentando anomalías asociadas de 8.6-80%, puede cursar asintomática o en ocasiones debutar como incarceration de vísceras abdominales. El diagnóstico a mayor edad se asocia a menor mortalidad y mejor pronóstico; los hallazgos de imagen pueden ser confusos, resultando en un diagnóstico tardío; la intervención quirúrgica oportuna previene complicaciones, como se demostró en este caso, con evolución favorable.

La supervivencia de las formas aisladas y tardías es mejor, que las tempranas con malformaciones asociadas.

CONCLUSION. La HDCPT es una entidad poco común, de presentación variable, se presenta con síntomas respiratorios y/o gastrointestinales inespecíficos, por lo que se debe tener una alta sospecha diagnóstica. En ausencia de anomalías asociadas, el pronóstico está condicionado por el grado de hipoplasia pulmonar. El pronóstico es favorable siempre que se realice un diagnóstico correcto y una reparación quirúrgica oportuna.

QUISTE EPITELIAL ESPLÉNICO GIGANTE: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Autor: Clio Alejandra Espinosa Pereyra
Coautores: Sandra Patricia Mota Díaz, Eduardo Vásquez Gutiérrez, Ibraim Soto García
Ponente: Arturo Arias Peralta
Institución: Instituto Mexicano Del Seguro Social.

Masculino de 15 años, sin antecedentes de importancia. Inicia dos años previos con dolor abdominal recibiendo múltiples tratamientos sin mejoría de la sintomatología, dos meses previos se agrega plenitud gástrica y aumento del perímetro abdominal. A su ingreso presenta aumento del perímetro en hemiabdomen superior, percusión mate, se palpa tumor de predominio central y flanco izquierdo delimitado y no móvil; laboratorios con trombocitopenia leve. La radiografía de abdomen con radiopacidad difusa, borramiento de ambas líneas de psoas, ultrasonido abdominal con hallazgos compatibles con quiste de mesenterio.

La tomografía, con tumor quístico con densidad heterogénea de predominio en hemiabdomen izquierdo que sobrepasa la línea media con desplazamiento de asas intestinales y vascularidad periférica, sin definir su origen, se realizó laparoscopia diagnóstica con evidencia de quiste gigante de origen esplénico con dimensiones de 20x20x15cm, coloración marrón, pared engrosada y textura trabeculada, compromiendo 80% del bazo e hilio esplénico, se realizó punción y drenaje obteniendo líquido hemático antiguo 3500ml, esplenectomía total y conversión a cirugía abierta para extracción de pieza quirúrgica. El paciente presentó adecuada evolución postquirúrgica y se egresó con tratamiento antibiótico profiláctico y vacunas. El resultado histopatológico reporto quiste epitelial esplénico, negativo para datos de malignidad. El seguimiento del paciente a 7 meses con adecuada evolución y sin recurrencia.

DISCUSIÓN: Los quistes esplénicos son entidades raras con incidencia del 1%, los más frecuentes son los parasitarios, los no parasitarios se subdividen en verdaderos o falsos atendiendo a la presencia o ausencia de revestimiento epitelial, siendo los verdaderos los menos frecuentes. Los quistes epiteliales son de origen congénito y en la mayoría de los casos no desarrollan síntomas hasta la pubertad, en el caso que pre-

sentamos el paciente inicio con síntomas a los 12 años de edad, se ha propuesto que el crecimiento de estos quistes podría estar relacionado con los cambios hormonales.

Dentro de las opciones de tratamiento se describe la esclerosis y marsupialización, sin embargo presentan alta tasa de recidiva y se reservan a quistes menores de 5 cm, se considera la esplenectomía parcial con el fin de evitar complicaciones infecciosas reportando tasa recurrencia variable, hasta del 60-80%. La esplenectomía completa esta indicada en casos complicados, tal es el caso que presentamos, cuando el quiste ocupa la mayor parte del bazo y/o afecta el hilio con compresión del pedículo esplénico y se recomienda la cirugía mínimamente invasiva siempre que sea posible.

CONCLUSIÓN: Los quistes esplénicos son entidades poco frecuentes y deben tenerse en cuenta como parte del diagnóstico diferencial en casos de plenitud gástrica y dolor abdominal localizado en hipocondrio izquierdo. El diagnóstico puede aproximarse con pruebas radiológicas, ya sea ecografía o tomografía abdominal, aunque el diagnóstico definitivo es histopatológico. Existen pocas publicaciones sobre el tratamiento del quiste esplénico en la población pediátrica y las series publicadas se basan en un número reducido de pacientes, por lo que consideramos importante la publicación del caso y su manejo.

**DUPLICACIÓN DE FÍSTULA RECTO-VESTIBULAR EN UNA
PACIENTE CON MALFORMACIÓN ANORRECTAL: REPORTE DE
CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO Y SEGUIMIENTO A 24 MESES**

Autor: Clio Alejandra Espinosa Pereyra
Coautores: Sandra Patricia Mota Díaz, Eduardo Vásquez Gutiérrez, Ibraim Soto García
Ponente: Arturo Arias Peralta
Institución: Instituto Mexicano Del Seguro Social.

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE: Paciente femenino de 19 meses originaria y residente de la ciudad de México, diagnosticada con malformación anorrectal al nacimiento cuyo pediatra indicó tratamiento quirúrgico tardío, sin apertura de colostomía. Sin otros antecedentes de relevancia, el protocolo de estudio mostró hemivértebra L5, índice sacro AP de 0.78 y lateral de 0.84; ano imperforado con fístula recto-vestibular y un orificio adicional, corazón estructuralmente sano, sin atresia esofágica ni fístula traqueoesofágica, ectopia renal cruzada con función renal normal, y extremidades normales, escoliosis leve. Durante el examen bajo anestesia se observan 4 orificios en área perineal (Fig. 1) y durante cistoscopia + vaginoscopia: vagina única con cérvix único, uretra, cuello vesical y vejiga normales, fondo de saco ciego en el cuarto orificio. Fistulograma muestra recto levemente dilatado y se inserta gentilmente dilatador Hegar 10 en orificio distal, hasta que ofrece resistencia (Fig. 2).

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Se realiza protocolo de reparación de ARPSP sin colostomía con catéter venoso central, preparación intestinal con laxante osmótico. Profilaxis antimicrobiana una sola dosis preoperatoria de cefalosporina + nitroimidazol. Durante la ARPSP se disecciona y reseca el segmento distal sin comunicación distal ni ventral con recto (Fig. 3 y 4); elevador del ano +++/+++ y fibras parasagitales +++/+++; recto con adecuada coloración y distancia, confeccionando neoano con diámetro Hegar 14. Evolución postoperatoria sin incidentes, inicia vía oral al día postoperatorio (DPO) 6, retiro de nutrición parenteral al día 7, egresándole ese mismo día. La calibración Hegar al DPO 14 fue de 11 mm, comenzando el esquema de incremento de dilatador hasta número 14 en dos semanas y seguido de esquema de reducción de la frecuencia de las dilataciones.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: En estudio de urotomografía abdominal no se ob-

servan lesiones quísticas o tubulares para intestinales sugestivas de duplicación a ese nivel. Reporte de patología confirma duplicación rectal (Fig. 5). Después de 24 meses de seguimiento la paciente reporta evacuaciones espontáneas 1 a 2 por día, no accidentes, requiriendo de senósidos cada 24 horas, ha tenido dos eventos de impacto fecal relacionado con suspensión de laxante estimulante, las cuales se han resuelto con microenemas de fosfato. Control de esfínteres a la edad de 22 meses y el crecimiento y desarrollo de la paciente es de normal.

DISCUSIÓN: Las duplicaciones rectales comprenden aproximadamente el 5% de todas las duplicaciones intestinales, mientras que aquellas asociadas con malformación anorrectal son reportadas de manera infrecuente. En 2013, Pampal y cols. reportaron dos casos similares. El seguimiento a largo plazo muestra que la paciente ha tenido un comportamiento de continencia fecal similar a las diversas series reportadas, por lo que el potencial de continencia parece no estar afectado por la presencia de duplicación.

CONCLUSIÓN: A pesar de esta variante anatómica, la paciente no ha presentado diferencia funcional con respecto a otras pacientes con fístula rectovestibular sin duplicación. La reparación de ésta, además de incluir la resección de la duplicación debe realizarse de acuerdo con la técnica descrita por Peña.

MALFORMACIÓN CONGÉNITA PULMONAR DE INTESTINO ANTERIOR

Autor:	Fernando Félix Montes Tapia
Coautores:	Madeline Jazmín Núñez Ku, José Guillermo Martínez Flores, Marco Antonio Ponce Camacho
Ponente:	Madeline Jazmín Núñez Ku
Institución:	Universidad Autónoma De Nuevo León, Hospital Universitario "Dr. José E.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Recién nacido masculino de 40 semanas de edad gestacional, con diagnóstico prenatal de hernia diafragmática izquierda mediante ultrasonido y RMN. Al nacimiento el paciente pesa 3690gr., talla 50 cm, Apgar 8 y 9 al minuto y a los 5 minutos, sin datos de dificultad respiratoria.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Posnatalmente se realiza radiografía de tórax y ultrasonido que reporta hernia diafragmática con defecto de 1.8 cm en la región posterior izquierda. Se toma serie esofagogastrodudenal en donde se aprecia pequeño segmento de fundus gástrico que asciende por hernia diafragmática.

INTERVENCIÓN TERAPEUTICA: Se inicia con toracoscopia, lente de 3mm. a nivel de ángulo de escápula izquierda y 2 puertos de 3mm, el primero en línea axilar anterior en 5to. espacio intercostal y el segundo entre trocar inferior a escápula y columna a nivel de 4to. espacio intercostal. Se visualiza pulmón de buen tamaño y se identifica una masa de forma rectangular de color rojiza, sobre diafragma izquierdo, al manipular esta se identifica que tiene continuidad a través de defecto diafragmático con el estómago. Se sospecha de un secuestro pulmonar o bazo y debido a la falta de certeza diagnóstica se decide realizar una toracotomía posterolateral. Previo a la incisión se realiza POCUS comprobando el bazo intrabdominal. Se realiza la toracotomía en el 6to. espacio intercostal izquierdo y se identifica la masa de forma rectangular adherida al fundus gástrico, a través de defecto diafragmático de 3 cm. de diámetro. Se disecciona base de la masa y se identifica la irrigación de la masa dependiente de vasos gástricos, los cuales se ligan y seccionan, resecaando completamente la masa. Posteriormente se cierra el defecto diafragmático con ethibond 3-0, se coloca sonda pleural y se extuba. La sonda pleural permaneció 48 hrs, y alta al 5to. día.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: En el estudio histopatológico se reporta como segmento pulmonar con peso de 10 gr. y mide 4.5x3x1.8 cm, se diagnóstica como secuestro extra pulmonar con metaplasia bronquiolar.

DISCUSIÓN: Las malformación congénita broncopulmonar de intestino anterior (CB-PFM) (en inglés congenital bronchopulmonary foregut malformation), son malformaciones raras en donde la vía aérea tiene una comunicación con el tracto digestivo (esófago o estómago), esta malformación es considerada dentro del espectro de las malformaciones pulmonares congénitas.

Se presentan con mayor frecuencia del lado izquierdo y están asociadas en un 30-40% con hernia diafragmática. La clasificación de Srikant refiere que este tipo de malformaciones broncopulmonares tienen una comunicación a la vía digestiva, sin embargo el presente caso no lo presenta, lo cual podría ser explicado por la involución de esta comunicación con formación de un proceso fibroso. En los estudios prenatales no se pudo identificar la masa, sin embargo, el realizar solo un US posnatal demostró no ser eficaz en detectar lesiones intratorácicas, consideramos que la RMN posnatal pudiera resultar más sensible y específico para esta patología.

CONCLUSIÓN: Presentamos el reporte de un secuestro extralobar dependiente de fundus gástrico asociado a hernia diafragmática izquierda, esta asociación es diagnóstica de una malformación congénita broncopulmonar de intestino anterior. A pesar de su baja incidencia, debe de ser considerado dentro de los diagnósticos asociados al espectro de hernia diafragmática o malformaciones congénitas pulmonares.

**HEPATOBLASTOMA PRETEXT III Y IV, EN TIEMPOS DE COVID.
¿QUÉ PODEMOS HACER EN NUESTRO PAÍS?**

Autor: Carlos García Hernández
Coautores: Lourdes Carvajal Figueroa, Christian Elena Archivaldo García, Ramiro Adebél Martínez Flores
Ponente: Carlos García Hernández
Institución: Hospital Infantil Privado Starmedica

INTRODUCCIÓN: El hepatoblastoma es el tumor primario maligno del hígado más común en niños. El trasplante hepático es el único tratamiento quirúrgico para pacientes con estadios no resecables. En nuestro medio durante la pandemia de COVID el trasplante no era una opción terapéutica. El objetivo es presentar el caso clínico de un paciente con hepatoblastoma en etapa IV, cuya resolución se llevó a cabo con quimioterapia adyuvante y resección quirúrgica por etapas.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Masculino de 2 años 9 meses de edad que acudió por estreñimiento de 4 semanas de evolución, a la exploración abdominal se palpa tumoración fija de consistencia dura, no móvil, no dolorosa.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: El ultrasonido abdominal mostró masa dependiente de hígado, la tomografía con afectación casi total de la glándula con excepción de segmentos VIII y IV más trombosis de la vena porta del 90%, la cifra inicial de Alfa-fetoproteína de 5510.36ng/ml.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Se inició protocolo de SIOPEL-4 en abril 2020 con cisplatino (80mg/m²) y posteriormente a (70mg/m²), doxorubicina (30mg/m²). Posterior a estos ciclos se realiza tomografía de control que reportó 2 lesiones en lóbulo hepático izquierdo y segmentos VI y VII realizándose nuevo ciclo de QT. Se realiza primera resección quirúrgica el 3 de julio 2020 hepatectomía izquierda con reporte histopatológico de componente epitelial, patrón fetal, mitosis inactiva con márgenes quirúrgicos negativos. Continuando con protocolo SIOPEL-4 en agosto 2020 con doxorubicina (25mg/m²) más carboplatino (10.6mg/ml). La tomografía de control con reporte de disminución en tamaño del tumor en lóbulo hepático derecho y cavernomatosis de la porta. Se realiza segunda intervención, el 22 de septiembre 2020 con resección de lóbulo derecho segmentos VI y VII de 10x4cm con bordes de 0.5cm, histo-

logía epitelial con pleomorfismo y anaplasia, bordes negativos. Un ciclo posresección en octubre y noviembre con doxorubicina (20mg/m²) más carboplatino (6.6mg/ml). Resultados: La tomografía de control se realiza con la finalidad de estimar el volumen hepático funcional residual siendo de 84%. Durante el seguimiento del caso se realizaron controles de alfa-fetoproteína, siendo la última determinación de 4ng/ml a los 9 meses de la segunda intervención.

DISCUSIÓN: el pronóstico de sobrevida en hepatoblastoma depende de el grado de afectación hepática y de la histología, debido a su rápido crecimiento el diagnóstico temprano y la resolución quirúrgica se vuelve importante para la sobrevida. Se demostró que en casos de hepatoblastoma avanzado en estadios III y IV esta alternativa al trasplante hepático es factible, permite la curación y la preservación de función hepática ofreciendo mejor calidad de vida en el paciente.

CONCLUSIÓN: El hepatoblastoma es un tumor maligno tratable, en los estadios PRETEXT III y IV lo ideal para la curación es el trasplante hepático, en este caso no contamos con esta alternativa de tratamiento por lo que en trabajo conjunto con oncología médica y cirugía pediátrica se realizó protocolo con quimioterapia y resección quirúrgica por etapas erradicando el cáncer y preservando una función hepática adecuada al conservar 84% de hígado sano.

OBSTRUCCIÓN DE TRACTO DE SALIDA GÁSTRICO-ADQUIRIDA PRIMARIA: ENFERMEDAD DE JODHPUR, CASO CLÍNICO

Autor: José De Jesús Cárdenas Barón
Coautores: Ana Beatriz Calderón Alvarado, Oscar Alberto Bonal Pérez, Kevin Paleta Reyes
Ponente: José De Jesús Cárdenas Barón
Institución: UMAE Hospital De Pediatría Centro Médico Nacional De Occidente

INFORMACION DEL PACIENTE. Paciente masculino de 1 año 7 meses de edad previamente sano, con intolerancia a la alimentación de x meses de evolución, referido con vómitos postprandiales tanto a líquidos como sólidos, reportándose al menos 8 eventos por día, descritos como abundantes, de contenido gástrico, no biliar. Con pérdida de peso de 2 kg (Peso 10,5 kg) desde el inicio de los síntomas catalogándose como desnutrición moderada. Manejado con tratamiento antiemético y procinético, sin mejoría.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Como parte de su abordaje se realizan estudios de laboratorio descartando patología metabólica e infecciosa como causa de la sintomatología, en cuanto a estudios de imagen evidencia de gastromegalia en radiografía simple de abdomen, ultrasonido abdominal sin alteraciones, serie esófago gastroduodenal con evidencia de distensión gástrica, vaciamiento lento, pasando con dificultad el medio de contraste a través del píloro, sin engrosamiento del músculo a este nivel. Se realiza endoscopia sin lograr franquear píloro con endoscopio pediátrico (9mm), utilizando endoscopio neonatal (5mm), lográndose con dificultad, sugerente de espasmo pilórico, determinándose diagnóstico de enfermedad de Jodhpur.

INTERVENCIÓN TERAPEUTICA: Se ingresa para intervención quirúrgica con un peso de 9.9 kg (desnutrición moderada) realiza piloroplastia de Heineke – Mikulicz, se aborda mediante incisión transversa superior derecha, se localiza píloro y se realiza corte longitudinal de 4 cm y cierre transversal en doble plano; se corrobora hemostasia y ausencia de fugas.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Se indica 5 días de ayuno con SNG abierta a gravedad, con apoyo de NPT, protector de mucosa gástrica, analgésico y antibiótico profiláctico. Se retira SNG e inicia alimentación con

líquidos claros con adecuada tolerancia, progresando de forma paulatina sin eventualidades, egresado al 7° día postquirúrgico. Actualmente paciente asintomático, con ganancia ponderal hasta corrección de estado nutricional (peso 12 kg, eutrófico).

DISCUSIÓN: La obstrucción pilórica que se presenta fuera de los dos primeros meses de vida se considera atípica y además es poco frecuente. La enfermedad de Jodhpur es la obstrucción de tracto de salida gástrica adquirida considerada idiopática, se describe la teoría de una probable falla en la coordinación neuromuscular a ese nivel, lo que causa una obstrucción funcional a nivel pilórico sin encontrar afección en el resto del tracto digestivo. Su tratamiento definitivo es quirúrgico (piloroplastia), describiéndose en la literatura pocos casos reportados, pero en general con un buen pronóstico tras la intervención.

CONCLUSION: La enfermedad de Jodhpur es una causa muy poco frecuente de obstrucción de tracto de salida gástrico, es un diagnóstico de exclusión pero que debe ser considerado en el abordaje de una obstrucción a este nivel cuando se descartan causas anatómicas intrínsecas o extrínsecas, de acuerdo a la clasificación descrita por Sharma.

**VÓLVULO DE COLON SECUNDARIO A MALFORMACIÓN
ANORRECTAL BAJA EN UN LACTANTE**

Autor: García Hernández Carlos
Coautores: Lourdes Carvajal Figueroa, Cristian Archivaldo García,
Ramiro Adebél Martínez Flores
Ponente: Lourdes Carvajal Figueroa
Institución: Hospital Infantil Privado Starmedica

INTRODUCCIÓN: El vólvulo de colon es una entidad muy rara en Pediatría, que representa menos del 5% de las causas de obstrucción intestinal en niños. Su edad de presentación promedio es de 9.4 años, habitualmente se debe a una mala fijación del colon y del mesenterio. Se asocia con una alta tasa de complicaciones, el diagnóstico preoperatorio preciso no siempre es posible ya que puede presentarse de manera fulminante con un cuadro de abdomen agudo. El objetivo de este reporte es el de comunicar el caso de un lactante con vólvulo de colon secundaria a estenosis anal no diagnosticada con presentación fulminante aguda.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Masculino de 6 meses de edad, producto de la gesta 1, de embarazo gemelar, gemelo 2, con retardo de 48 horas en la primera evacuación, se diagnóstico estenosis anal, que se maneja con dilataciones. Cinco días previos a su ingreso al introducir alimentación complementaria, presenta disminución en la cantidad, frecuencia y consistencia de evacuaciones, siendo la última tres días antes de su ingreso. 24 horas previas a su ingreso presenta ataque al estado general, hiporexia, distensión abdominal, irritabilidad y dolor abdominal tipo cólico. Fue valorado por facultativo quien realiza masaje abdominal. Después de lo que presento de manera súbita, palidez generalizada, malestar general, letargia, náuseas y vómito biliar.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: A la exploración física de ingreso con grave ataque al estado general, en estado de choque, deshidratación severa, respiración acidótica, en tórax restricción respiratoria por la gran distensión abdominal. Abdomen en madera, signo de Cullen, resistencia muscular, peristálsis ausente. Ano permeable con estenosis. Sonda orogástrica con drenaje biliar. Biometría hemática 16 mil leucocitos, sin bandas, plaquetas normales, química sanguínea normal. Radiografía abdomen, grandes niveles hidroaéreos, ausencia de gas distal.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Estabilización hemodinámica, se inició manejo con líquidos, aminas y doble esquema antibiótico, se realiza laparotomía, con hallazgo de vólvulo en colon transverso, descendente y sigmoides, con compromiso circulatorio severo, sin mejoría después de la desvolvulación, se resecan los segmentos afectados y se cierra sigmoides en bolsa de Hartman e ileostomía derivativa a 30 centímetros de la válvula ileocecal. Continuo su manejo en la unidad de terapia intensiva, con asistencia ventilatoria, doble esquema de antibióticos y aminas.

DISCUSIÓN: El vólvulo de colon es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica, habitualmente se presenta en escolares, sin embargo, en el caso aquí presentado se trata de un lactante. Es asociado a defectos de fijación del colon, en nuestro paciente la estenosis anal condiciona dilatación del colon, que se agravó al no presentar evacuaciones durante varios días. Tiene una forma aguda de presentación como sucedió con nuestro niño, en donde establecer el diagnóstico de forma preoperatoria es difícil y cuando se tratan ya presentan necrosis intestinal que requiere resecciones. La malformación ano rectal no esta reportada como una patología que favorece el vólvulo intestinal, por lo que consideramos importante, tratar la estenosis rectal de manera temprana para evitar esta complicación.

HAMARTOMA HEPÁTICO

Autor: José Zisumbo Cerrato
Coautores: Eduardo Vásquez Gutiérrez, Ibraim Soto García, Sandra Patricia Mota Díaz
Ponente: José Zisumbo Cerrato
Institución: Hospital De Especialidades UMAE 25, IMSS.

INTRODUCCIÓN. El hamartoma mesenquimatoso del hígado es un tumor benigno de la infancia y es el segundo mas frecuente después del hemangioma. Se presenta en niños menores de 2 años. Incidencia baja en la literatura, 6 % de los tumores hepáticos. Se presenta con un cuadro de distensión abdominal, hepatomegalia y tumor palpable. Diagnóstico clínico y estudios de imagen. Tratamiento con fármacos esclerosantes y/o resección del tumor.

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS:

Caso 1. Lactante de 6 meses de edad con distensión abdominal, cambios en el patrón evacuatorio y hepatomegalia. Paciente en buenas condiciones generales con aumento de perímetro abdominal, tumoración dependiente de hígado no delimitada. Radiografía de abdomen con hepatomegalia Ultrasonido con tumoración hepática de predominio quístico, TC de abdomen con hepatomegalia e imágenes quísticas septadas que abarcan el 90 % del parénquima hepático, marcadores tumorales alfafetoproteína y hormona gonadotropina coriónica humana normales. Diagnóstico histopatológico hamartoma hepático. Tratado con bleomicina intralesional al 1 %, 5 aplicaciones cada dos meses con respuesta al tratamiento con reducción del 90%, sin efectos adversos secundarios, actualmente con buena evolución sin recidiva de tumor.

Caso 2. Lactante menor de 7 meses con hiporexia, evacuaciones diarreicas y distensión abdominal de predominio en hemiabdomen derecho. Paciente con buenas condiciones generales, abdomen con hepatomegalia, no doloroso. Ultrasonido abdominal con tumor hepático de predominio quístico. Resonancia magnética con tumoración en lóbulo hepático derecho, septada, quística, marcadores tumorales con alfafetoproteína y hormona gonadotropina coriónica humana normales. Tratamiento con bleomicina al 1 %, 5 intervenciones cada mes con adecuada respuesta al tratamiento, reducción del 80%, sin efectos adversos secundarios, actualmente en vigilancia.

Caso 3. Lactante 9 meses de edad con distensión abdominal. Paciente en buenas condiciones generales, tumor en hipocondrio derecho, duro no doloroso. Ultrasonido abdominal con tumor hepático de características mixtas. TC de abdomen con tumor quístico dependiente de lóbulo hepático derecho, marcadores tumorales con alfafetoproteína y hormona gonadotropina coriónica humana normales. Segmentectomía derecha con hallazgos de tumor de 20 cm, consistencia mixta dependiente de segmentos IV, V, VI y VII. Reporte patológico de hamartoma mesenquimal. Actualmente en vigilancia.

DISCUSIÓN. No existe como tal una epidemiología clara reportada de hamartoma hepático. Generalmente asintomático con distensión abdominal y masa palpable. La expansión del tumor es rápida por la degeneración del mesénquima y la acumulación de líquido. Laboratorios normales. Gabinete con tumor avascular, uni o multiquístico en hígado derecho. Tratamiento con esclerosante o resección quirúrgica del tumor.

Conclusion. Tumor subdiagnosticado por presentación poco frecuente, en nuestro hospital reducción tumoral con aplicación de bleomicina guiado por imagen, con adecuada respuesta al mismo.

FIBROMA LAXO DE PERINÉ, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Autor: Mario Moreno Flores
Coautores: Marijose De Cristo González Calvillo, Gabriel Mireles Sigala, Jaime Orozco Pérez
Ponente: Marijose De Cristo González Calvillo
Institución: Hospital Civil De Guadalajara Dr. Juan I Menchaca.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Se presenta masculino de 1 año de edad, con tumoración perineal en estudio. Antecedentes perinatales y heredofamiliares sin relevancia. A la exploración física genitales con fenotipo masculino, pene prepucio retráctil, ambos testículos descendidos. Presenta dermatosis única en la región perineal a 2 cm del hemiescrotro izquierdo constituida por dos neoformaciones exofíticas pediculadas, multilobuladas, de aspecto cerebriforme, de consistencia blanda, ahulada, eritematosa, de tamaño 4cm x3.5cm x 2.5cm y 3.5cm x2.5cm x 1.5cm asintomática y sin dolor a la manipulación.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Por tratarse de neoformación en zona genital, se solicitaron pruebas virales reportadas negativas y posteriormente, laboratorios prequirúrgicos sin alteraciones, se realizó biopsia excisional de la lesión para su estudio.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Se lleva a cabo resección total bajo anestesia mixta, realizando incisión en forma de huso, dejando márgenes libres de lesión de 3mm, se afrontan bordes con crómico 3-0 con puntos simples. Sin complicaciones en el postoperatorio.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: El resultado histopatológico reporta una lesión compatible con fibroma laxo, con estudio negativo para malignidad. En su seguimiento a los dos años, presenta nueva lesión motivo por el cual se realiza segunda intervención, resecando una lesión de 0.4x0.4x0.1 cm siendo ésta compatible con fibroma laxo. Actualmente, el paciente se encuentra asintomático, sin recidiva a tres años de su última intervención.

DISCUSIÓN: Paciente con padecimiento de 12 meses de evolución, detectado al mes de nacimiento caracterizada por tumoración en la región perineal. La neoformación pertenece a un tipo de lesión benigna conocida como fibroma laxo, siendo ésta una entidad rara en donde no existen reportes en los últimos años en región peri-

neal con estas características en pacientes pediátricos. El interés de reportar este caso es por las características macroscópicas y la larga evolución del padecimiento ya que esto fue motivo de intervención multidisciplinaria en nuestro hospital por tratarse de un "probable caso de maltrato" al sospecharse un condiloma. Pensamos que esta entidad puede ser más frecuente de lo que se cree y no se describe en la literatura sólo hasta que presentan crecimientos gigantes que llevan a la esfacelación y necrosis de algunos componentes de éste, o en el caso del paciente pediátrico el abordaje de un proceso tumoral; en la revisión de la literatura, se encuentran casos en niñas como fibromas prepuberales de la vulva, con máxima dimensión de 8 cm de longitud. El uso de resonancia magnética descarta la transformación maligna e identifica el origen de la lesión, sin embargo, en este paciente no se llevó a cabo durante su abordaje. Creemos que estas tumoraciones generalmente son tratadas al inicio de su presentación, o son referidas y tratadas en centros dermatológicos motivo por el cual no se reportan.

CONCLUSIÓN: El pólipo fibroepitelial, conocido como fibroma laxo es una tumoración benigna aún de etiología desconocida, con escasos reportes en la literatura en relación a pacientes pediátricos. Aunque estas lesiones son consideradas frecuentes en pacientes adultos sobre todo en áreas como cuello y axilas, son raras en la región perineal, y son excepcionales en el niño. Se debe considerar que histológicamente, son redundancias cutáneas que suelen ser removidas sin estudio histopatológico, existiendo riesgo de recidiva, motivo por el cual se debe dar seguimiento, excéresis de las lesiones y análisis de las mismas, ya que en adultos, se ha relacionado con carcinoma en el 0.37% de los casos. Debido a que en Pediatría no existen suficientes reportes de casos, se desconoce su evolución. Es por esto que invitamos a tomar en cuenta este diagnóstico diferencial de lesiones de estas características y documentar los casos de fibroma laxo en el paciente pediátrico.

ATRESIA INTESTINAL DE PRESENTACIÓN TARDÍA, REPORTE DE CASO

Autor: José Del Carmen De La Cruz Pérez
Coautores: Arturo Montalvo Marín
Ponente: Eymard Cruz Gonzalez
Institución: Hospital Del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón

INFORMACIÓN DEL PACIENTE. Masculino de 10 meses de vida, sin antecedentes heredofamiliares de importancia;; producto de la gesta 2, nacido a término, por parto eutócico, peso al nacimiento 3800 gramos, primera evacuación al segundo día de vida, esquema de vacunación completo, no se ha realizado tamiz metabólico. Hospitalizado al mes de vida en medio privado por distensión abdominal, se deja en reposo intestinal, presenta mejoría y se envía a domicilio. Al décimo mes de vida inicia con distensión abdominal y ausencia de evacuaciones, se agrega fiebre y vómito de contenido gastroalimentario, es farmacológicamente multitratado, sin mejoría, le agregan té de canela, manzanilla, nopal, guanábana y aceite de olivo;; acude a hospital por hiporexia, hipoactividad, distensión abdominal e intolerancia a la vía oral.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA. Clínicamente se encuentra pálido, hipoactivo, sonda orogástrica con gasto gastro-biliar, regular estado de hidratación, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen se observa distendido, perímetro abdominal aumentado en 44 centímetros, perístalsis ausente, se percute timpánico, se palpa muy doloroso, sin visceromegalias, tacto rectal sin alteraciones, extremidades íntegras, llenado capilar adecuado. La biometría hemática con datos de anemia y leucocitosis, la radiografía de abdomen con múltiples niveles hidroaéreos, con ausencia de gas distal.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA. Se realizó reanimación con líquidos intravenosos y posteriormente laparotomía exploradora mediante incisión supra transversa derecha, se disecciona por planos hasta llegar a cavidad abdominal, en la cual se encuentra atresia ileal tipo I (membrana fenestrada) a 100cm de la válvula ileocecal, se realiza resección de la membrana y anastomosis tipo Mikulicz, resto de intestino sin alteraciones. Pasa a sala de hospitalización, se inicia vía oral al quinto día, la tolera sin complicaciones, presenta mejoría de condiciones abdominales, evoluciona de manera favorable.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS. Egresado en adecuadas condiciones, con buena tolerancia a la vía oral, cicatriz quirúrgica sin alteraciones; seguimiento al mes posquirúrgico: clínicamente estable, sin distensión abdominal, ni datos de oclusión intestinal, se mantiene en vigilancia anual, asintomático.

DISCUSIÓN. La atresia ileal se manifiesta habitualmente en el periodo neonatal, ocurre en 1 de cada 5000 recién nacidos, su principal característica clínica es la oclusión intestinal. El presente caso trata de una atresia tipo I que representa 19% de todas las atresias y se asocia a buen pronóstico; es una presentación infrecuente en la etapa de lactante;; en este paciente se presenta de manera tardía con datos clínicos y radiológicos de oclusión intestinal y abdomen agudo que ameritó laparotomía, se realizó una enteroplastia con lo cual se evitó la resección del segmento intestinal y favoreció una adecuada evolución.

CONCLUSIÓN. La atresia ileal de presentación tardía es una entidad muy rara, existen pocos reportes en la literatura de atresia intestinal fuera del periodo neonatal, por lo que es importante ante un caso como este, tener siempre un alto índice de sospecha y descartar otras causas de obstrucción intestinal en etapa del lactante como invaginación intestinal, malrotación intestinal, vólvulo, duplicación intestinal y enfermedad de Hirschsprung; el diagnóstico prenatal con ecografía se realiza en 29-50% de los casos, es trascendente para otorgar un tratamiento oportuno y evitar complicaciones que comprometan la función intestinal o la vida del paciente.

**ABSCESO HEPÁTICO EN UN RECIÉN NACIDO
SECUNDARIO A CATETERISMO UMBILICAL.**

Autor: Jessica Elizabeth García Soto
Coautores:
Ponente: Jessica Elizabeth García Soto
Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social

INTRODUCCIÓN: El absceso hepático secundario a cateterismo umbilical es una patología de presentación infrecuente, con una alta morbilidad y mortalidad y que puede ser totalmente prevenible. Información del paciente: Madre de 16 años, G1, inicio de trabajo de parto a las 29 SDG, uteroinhibición sin respuesta, nace por vía vaginal el día 22.08.2020 a las 03:40 horas, producto único, masculino, intubación al nacimiento, APGAR 5-7, Peso de 1430 g. Ballard 33 SDG. Ingreso a la UCIN, colocación de catéter venoso umbilical el 22.08.2020, inicio de nutrición parenteral el 25.08.2021; control de radiografía de catéter umbilical con posición hepática.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Presenta el 27.08.2020 deterioro súbito, distensión abdominal, vómitos gástricos, abdomen duro a la palpación, sin peristalsis. Gasometría venosa: pH 7.11, PCO2 35, PO2 44, HCO3 10.1, EB -17.5, radiografía de abdomen con edema interasa y mala distribución de aire; con sospecha de ECN, se inicia tratamiento antimicrobiano y pase a quirófano.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Realización de laparotomía exploradora el 28.08.2020; apertura de peritoneo con salida de abundante líquido lechoso 80cc; exploración de cavidad: hígado con lesión localizada en lóbulo hepático izquierdo sugere absceso. Cierre por planos.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Ameritó apoyo aminérgico y ventilación mecánica convencional por 5 días. Citoquímico de líquido abdominal: blanco lechoso, PMN 69%, glucosa 288, MN 31%, proteínas 116, pH 8. Cultivo sin crecimiento a las 72 horas. Se realiza diagnóstico de absceso hepático por infiltración de nutrición parenteral. TC abdominal simple y contrastada: presencia de zona irregular hipodensa asociado a burbuja de aire, abarcando segmentos III, IVa y IVb con dimensiones aproximadas de 21x16x13 mm. Presenta íleo postquirúrgico, reinicio de la vía oral al 11vo día con aumen-

to progresivo, egreso a los 53 días de vida.

DISCUSIÓN: El presente caso clínico es de ocurrencia poco frecuente, de gran importancia clínica ya que se trata de una complicación con elevada mortalidad y morbilidad y que puede ser altamente prevenible. Limitantes: se trata de un caso clínico que fue estudiado de forma retrospectiva, con un abordaje y diagnóstico prequirúrgico para enterocolitis necrotizante y por ende con pocos estudios de gabinete. Acorde con la literatura el paciente presenta factores de riesgo como la prematurez, mala posición de catéter umbilical e infusión de soluciones hipertónicas (en este caso NPT). Dentro de la etiología, son generalmente son causados por bacterias y hongos, sin embargo, en ciertos casos no hay crecimiento de microorganismos, tal y como se presentó en este paciente. La localización más usual referida en la bibliografía es en el lóbulo derecho sin embargo el paciente presentó la lesión en el lóbulo izquierdo, afectando segmentos III, y IV a y b, haciendo una presentación todavía más atípica.

**CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES UNA ENFERMEDAD RARA.
CASO CLÍNICO**

Autor: Icnoti Yectiuani Martínez Reyes
Coautores: Claudia Liliana Cervantes Nava, Luis Lorenzo Álvarez Márquez,
 Luis Manuel García Cabello
Ponente: Icnoti Yectiuani Martínez Reyes
Institución: Hospital Pediátrico Moctezuma

Paciente de 17 años de edad, originario del estado de Puebla, inicio padecimiento el 18.08.20 con aumento de volumen cervical derecho tratado antibiótico y analgésico; el 25.08.20 con manejo sintomático por ERGE. El 04.09.20 USG de tiroides con bocio multinodular, adenomegalias, glándulas paratiroides y submandibulares de tamaño y morfología normal, perfil tiroideo sin datos de tirotoxicosis, se inicia prednisona 50 mg cada 24 h. TAC simple de cuello (08.09.20) con densidad heterogénea de 36 UH y dimensiones de 5.4X3.5X2.6 cm, lóbulo derecho e izquierdo 5.6X3.2X3.7 cm y 1.6 a nivel de istmo con múltiples adenomegalias de 0.5 a 0.7 cm en ambas cadenas ganglionares yugulares. TORCH con IgM positivo para VHS tipo I y II, rubeola, CMV negativos, SARS COV2 negativo. Biometría hemática con leucocitosis de 14,300 neutrófilos 9.8 linfocitos 3.4 Hb 19.1 plaquetas 345,000. VIH negativas. El 14.09.20 protocolo de estudio y por disfagia progresiva, se realiza laringoscopia por otorrinolaringólogo donde hay edema de epiglotis y pared posterior de faringe, lesiones herpéticas; el 15.09.20 paro cardio respiratorio en dos ocasiones, se inicia ventilación mecánica invasiva y se coloca acceso venoso central subclavio derecho, ocasionando neumotórax, se colocó sonda endopleural derecha y se retira el 19.09.2020; presenta movimientos anormales y es valorado por neurología, se realiza corrección de hipocalcemia. TAC de cráneo con edema cerebral de moderado a severo y hemorragia subaracnoidea fisher I, se manejó con soluciones hipertónicas, y fenitoina, enviado el Tratado en esta unidad a partir del 29.09.20 con hipertensión arterial sistémica, ventilación mecánica 26 días, se coloca cánula de traqueostomía, gastrostomía y fasciotomía de cuello el 13.10.20 durante esa cirugía se realiza abordaje en región anterior de cuello, observando aumento de volumen, secreción purulenta, tejido con pérdida de morfología normal, Inmunohistoquímica, focos de lesión asociados a necrosis e isquemia, grupos de células neoplásicas con infiltración multifocal a musculo estriado, carcinoma medu-

lar de tiroides invasor. presenta hipocalcemia e hiponatremia persistente; 06.10.20: ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO: 33.88. Inmunohistoquímica, focos de lesión asociados a necrosis e isquemia, grupos de células neoplásicas con infiltración multifocal a musculo estriado. 26.10.20: Toma de biopsia con aguja fina guiada por USG. 29.10.20: Radioterapia finaliza 05/11/2020. Perfil tiroideo (Diagnostico de hipotiroidismo). 03.11.20: Alfafetoproteína 1.79 ng/ml. Presenta derrame pleural paraneoplásico evacuado en dos ocasiones la primera 130 ml y la segunda 530 ml, 04.11.20: edema cerebral severo, secuelas de encefalopatía hipóxico isquémica, síndrome encefalítico y síndrome piramidal, Potenciales auditivos y visuales: amaurosis e hipoacusia bilateral de predominio en lado derecho, toracocentesis terapéutica. Fallece el 12/12/2020 por Síndrome de vena cava superior, derrame pleural paraneoplásico derecho masivo y evento de taquicardia supraventricular sin pulso que evoluciona a paro cardiorespiratorio. Es infrecuente en niños y adolescentes, existiendo un importante predominio del sexo femenino, y del patrón histológico papilar, acompañado principalmente de metástasis pulmonares. El carcinoma medular de tiroides tiene una baja frecuencia alcanzando un 5% de todos los cánceres tiroideos. neoplasia relativamente agresiva, a pesar de su lenta progresión, al diagnóstico 60-80% tiene metástasis linfáticas. Es neoplasia de las células C. Como observamos este paciente presento hipocalcemia e hipertensión persistente, la terapia de primera línea es la cirugía, la cual ha sido controversial y no bien estandarizada ya que dependerá de varios factores tales como la precocidad del diagnóstico, clínica, estadio, marcadores, etc. Un tratado como absceso de cuello, requirió ventilación mecánica por obstrucción externa de vía aérea, traqueostomía y gastrostomía, presento derrame pleural metastásico y un diagnóstico de histopatología a los 2 meses de inicio de sintomatología, a pesar de la cirugía y radioterapia tuvo un desenlace fatal.

**DUPLICACIÓN COLÓ-RECTAL CON FÍSTULA RECTOVESTIBULAR
TRATADA MEDIANTE UN ABORDAJE TRANSANORRECTAL ANTERIOR**

Autor: Emilio Fernández Portilla
Coautores: Roberto Dávila Pérez, Jaime Nieto Zermeño, Alfredo Domínguez Muñoz
Ponente: Alfredo Domínguez Muñoz
Institución: Hospital Infantil de México Federico Gómez

INTRODUCCIÓN: Las duplicaciones colo-rectales (DCR) pueden terminar en saco ciego, comunicadas con el colon nativo o en una fístula externa. El tratamiento depende del tipo y longitud de duplicación.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Se trata de paciente de sexo femenino de 2 años de edad, quien inicia a los 12 meses de vida con salida de materia fecal a través de la vagina. A la exploración física con ano bien localizado y permeable. Estudio contrastado que evidencia una DCR que termina en una fístula rectovestibular (FRV) y el colon nativo en el ano. Se reseca la FRV, conectando el recto anterior duplicado con el recto nativo a través de un abordaje transanorrectal anterior (TAA), sin eventualidades.

Se posiciona paciente en decúbito prono con la pelvis elevada, se realiza una incisión desde la cara anterior del ano hasta la FRV, localizando la cara anterior del recto nativo, se continua disecando tejido subcutáneo, fibras parasagitales hasta identificar la FRV. Se colocan múltiples suturas con seda 5-0 de tracción alrededor de la fístula. Se disecciona la fístula y recto duplicado de la vagina. Se introduce dilatador tipo Hegar a través de la FRV delimitando la pared común de ambos rectos, proyectándose hacia la cara anterior del recto nativo. Se hace una incisión longitudinal de 3 cm sobre la cara anterior del recto nativo creando una ventana que comunica con el recto duplicado, anastomosando ambas mucosas con puntos simples de Vicryl 5-0 dejando permeable dicha ventana. Los 2 cm distales del recto duplicado que corresponden a la FRV son resecados y el recto duplicado es cerrado en bolsa de Hartmann. Finalmente se reconstruye el periné. Con un seguimiento de 1 año y 3 meses, la paciente se encuentra en casa, evacuando a través del ano.

DISCUSIÓN: Las DCR tienen una gran variedad de manifestaciones clínicas. El estudio contrastado es un pilar elemental en el diagnóstico preciso. Se consideran lesiones benignas, por lo que la resección colónica no es obligada. Distintos abordajes quirúrgicos han sido publicados. Presentamos el caso de una DCR con FRV, que fue corregida mediante un abordaje TAA de primera intención exitosamente.

CONCLUSIÓN: La DCR que terminan en FRV son alteraciones raras que demandan un abordaje diagnóstico profundo, las cuales pueden ser tratadas mediante la resección de la fístula, unión del recto duplicado al nativo a través de un abordaje TAA.

USO DE ENDOPRÓTESIS ESOFÁGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS, REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS

Autor: Sergio Adrián Trujillo Ponce
Coautores: Jesús Pizarro Lozano, Sofia Elena Rubio Jiménez, Gerardo Gallardo Bañuelos
Ponente: Jesús Pizarro Lozano
Institución: Hospital Civil De Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Jal.

INFORMACIÓN DEL (LOS) PACIENTE(S):

Se describen 2 casos clínicos que requirieron el uso de endoprótesis esofágica como tratamiento de perforación esofágica. **Caso1.** Se trata de femenino de 1 año 7 meses de edad con antecedente de ingesta de cuerpo extraño de 3 meses de evolución, a quien se le realiza extracción del mismo observando pseudodivertículo a nivel cricofaríngeo y estenosis esofágica a 1 cm de este, se realiza resección y anastomosis esofágica de la cual presenta dehiscencia del 50%, por lo que se realiza plastia presentando nueva dehiscencia del 50% motivo por lo cual se coloca endoprótesis esofágica. **Caso2.** Femenino 2 años de edad con antecedentes de quemadura esofágica por cáusticos Zargar IIIb, quien presentó estenosis esofágica del 90%, con esquema de dilatación fallida, presentando absceso pulmonar, se realiza ascenso gástrico presentando estenosis en la anastomosis esofagogástrica del 95%, pseudodivertículo esofágico anterior y perforación esofágica a 2 cm de cricofaríngeo, de 4 mm secundario al uso de dilatadores de Savary-Gilliard por lo que se le decide colocar endoprótesis esofágica.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: A los pacientes se le realizó endoscopia diagnóstica y posteriormente seguimiento con radiografías, así como esofagograma donde se evidencia dehiscencia de anastomosis refractarias a tratamiento médico.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Se coloca endoprótesis esofágica bajo anestesia general, con paciente intubado, se realiza endoscopia con equipo de 9.8 mm, bajo visualización directa se introduce guía de Savary-Gilliard, se retira endoscopio y se pasa introductor de prótesis esofágica (Caso1. 10 cm de longitud, diámetro interno posibilidad expansión de 23mm, Caso2. 12 cm de longitud, diámetro interno posibilidad expansión de 25mm) a través de guía metálica y bajo visualización directa se determina posición adecuada por marca radiopaca se procede a liberar prótesis esofágica recubierta.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Se toman radiografías de control con expansión parcial de prótesis, 24 hrs posterior a colocación de stent, ambos pacientes presentan datos clínicos compatibles con obstrucción de vía aérea superior, realizándose en ambos casos broncoscopia diagnóstica con luz traqueal ovalada y erosión leve de cartílagos traqueales colindantes con prótesis. Posterior a 4 y 7 días respectivamente se decide retiro de prótesis por esofagoscopia, 24 hrs posterior a su retiro con disminución de parámetros ventilatorios y extubación posterior.

DISCUSIÓN: En ambos casos se utilizó la prótesis esofágica auto expandible, para el tratamiento de perforación esofágica refractaria, sin embargo por la falta de prótesis de tamaño adecuado y debido a que continúan con expansión total en las primeras 72 horas, se presentaron complicaciones por compresión de la vía aérea y la necesidad del retiro de los mismos. Se cuenta con poca literatura en uso pediátrico, Manfredi y Jennings reportan 80% de éxito en el cierre de perforaciones esofágicas secundarias a dilatación y 25% de éxito de cierre en perforaciones asociadas a reparación quirúrgica con el uso de stents en población pediátrica.

CONCLUSIÓN: Se ha reportado que el uso de endoprótesis esofágica como tratamiento para perforación esofágica refractaria, resulta efectiva en edad pediátrica, sin embargo se requiere de tamaños adecuados para la edad del paciente con el objetivo de evitar mayor número de complicaciones tales como la compresión de la vía aérea.

**SUSTITUCIÓN DE URÉTER CON APÉNDICE CECAL, EN PACIENTE
PEDIÁTRICO CON RIÑÓN EN HERRADURA Y DISPLASIA RENAL CONTRALATERAL**

Autor: Leonardo Favio Gómez Lozada
Coautores: German Quevedo Perales, Roberto Gámez Arias, Rene Cardozo Molina
Ponente: Leonardo Favio Gómez Lozada
Institución: Hospital Japonés

A través del tiempo, las lesiones en el uréter se han presentado en aquellas cirugías donde se moviliza el uréter, o se hace alguna anastomosis, convirtiéndose en un problema, ya desde 1912 Melnikoff comunicó la primera sustitución de uréter por apéndice cecal como tratamiento para la estenosis ureteral, con el paso de los años, fue ganando una opción frente a las lesiones ureterales. Presentamos un caso de sustitución de uréter con apéndice cecal, proponer la viabilidad del procedimiento y describir la primera experiencia en un hospital de tercer nivel en Bolivia.

Paciente masculino de 1 año y 3 meses, con riñón en herradura con displasia renal izquierda, que a consecuencia de presentar cálculo ureteral derecho, presenta una estenosis ureteral, inicialmente se realiza una anastomosis, retirando el segmento estenosado, la misma se vuelve a estenotar.

Después de evidenciar el trayecto estenótico, se decide realizar transposición de apéndice. Previamente aislada y ferulizada con catéter ureteral doble J, se anastomosó el extremo cecal a la pelvis renal de manera término-terminal, y el extremo distal se reimplantó en la vejiga con técnica de Lich Gregoir. A los 3 meses del procedimiento el paciente cursa con adecuada evolución.

Existen varias ventajas de utilizar el apéndice como sustituto, entre las que se encuentran la buena contractilidad, la disposición de ser movilizado con su aporte sanguíneo, el hecho de que no absorbe orina, la posibilidad de crear un túnel submucoso para prevenir el reflujo y la similitud en el calibre de la luz ureteral.

HAMARTOMA HEPÁTICO MESENQUIMAL REPORTE DE CASO

Autor: Génesis Azaria Santos García
Coautores: Pablo Lezama Del Valle, Pablo Gallo Steta, Génesis González Abarca
Ponente: Génesis Azaria Santos García
Institución: Hospital Infantil De México Federico Gómez

INTRODUCCIÓN. Los tumores hepáticos representan el 1 a 2% de todos los tumores en la infancia, el hamartoma mesenquimal hepático es un tumor benigno del hígado con una incidencia del 6% de todos los tumores hepáticos que se presenta más comúnmente en menores de dos años, como una masa multiquistica. Se trata de un tumor raro a pesar de ser la segunda causa de tumores hepáticos benignos en este grupo etáreo. Suele tener buen pronóstico si se diagnostica de forma temprana antes que presente una extensión local muy amplia o evolucione a la malignidad, el tratamiento de elección es la resección quirúrgica.

Información del paciente. Masculino 1 año 8 meses de edad, sin antecedentes de relevancia, el cual presenta distensión abdominal progresiva de 4 meses de evolución, masa abdominal palpable en mesogastrio de dos meses de evolución. Tres días previos a su ingreso presenta dolor abdominal, tipo cólico, de moderada intensidad, localizado en mesogastrio, no irradiado, con remisión espontánea. Es referido a hospital de tercer nivel de atención encontrando al examen físico, tumoración abdominal sólida que ocupa hemiabdomen derecho y cruza la línea media.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: Se realizó ultrasonido abdominal con datos de tumor retroperitoneal de 120x110x111 mm, con volumen 777 ml. Tomografía axial computarizada en la cual se observa tumor dependiente de hígado, de 22x15x10cm, que compromete segmentos IV, V, VI y VII. Marcadores tumorales negativos. Transaminasas elevadas y DHL 1253 mg/dl.

Biometría hemática normal. Se realizó biopsia percutánea guiada por ultrasonido con resultado histopatológico que concluye hamartoma mesenquimatoso hepático.

Intervención terapéutica. Mediante incisión tipo Mercedes Benz, se realizó mesohepatectomía y colecistectomía con maniobra de Pringle intermitente, encontrando tumor sólido vascularizado de 20x15cms sin complicaciones. Se colocó drenaje tipo penrose. Seguimiento y Resultados. Reporte histopatológico de hamartoma mesenquimato-

so hepático y vesícula biliar negativa para células neoplásicas. Presentó choque hemorrágico con deterioro hemodinámico en el post quirúrgico inmediato, tratado con transfusión de hemoderivados y apoyo aminérgico e intubación endotraqueal durante dos días.

Posteriormente con adecuada evolución clínica, se egresa al decimo día post quirúrgico. Seguimiento por consulta externa durante 3 meses, actualmente marcadores tumorales negativos y ultrasonido abdominal de control sin evidencia de tumor.

DISCUSION. El hamartoma mesenquimal es la segunda lesión hepática benigna más común en los primeros dos años de vida con curso asintomático, y al igual que nuestro paciente, la mayor parte de los pacientes reportados en la literatura corresponden al género masculino.

La localización más frecuente es el lóbulo derecho y son raros los casos de tumores centrales que requieren de mesohepatectomía, que fue el tratamiento quirúrgico en nuestro paciente.

CONCLUSIÓN. El hamartoma mesenquimal hepático es un diagnóstico diferencial importante a tener en cuenta, en menores de dos años con masa hepática, tiene una amplia gama de manifestaciones clínicas, aunque inicialmente puede ser asintomático; llega a amenazar la vida por el riesgo de sangrado masivo, torsión de tumor, falla cardiaca y coagulación intravascular diseminada. La resección total del tumor es curativa y tiene excelente pronóstico, con un bajo índice de mortalidad, debido a complicaciones quirúrgicas, más comúnmente secundaria a hemorragia. En este paciente el tumor fue de comportamiento quiescente, sin embargo representaba un riesgo de ruptura por su gran tamaño, por lo que se decidió manejo quirúrgico, cabe mencionar que presentó compromiso hemodinámico en el post quirúrgico inmediato, secundario a las pérdidas hemáticas, sin embargo en él se resolvió de manera oportuna, y se obtuvo evolución satisfactoria

RECONSTRUCCIÓN DE ANTEBRAZO POSTSECUELA DE OSTECONDROMA EN CUBITO DERECHO POR MEDIO DE INJERTO DE PERONÉ VASCULARIZADO.

Autor: David Estudillo Antonio
Coautores: José Aguilar Romero, Olga Delia Alonso Manríquez, Eymard Cruz González
Ponente: David Estudillo Antonio
Institución: Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón

INTRODUCCIÓN. Las lesiones y secuelas en huesos largos, durante han planteado un problema difícil de solucionar en la reconstrucción del miembro superior. El peroné vascularizado es uno de los métodos descritos en la reconstrucción de extremidades, por sus ventajas biológicas.

Paciente femenino MMCC, de 15 años de edad, originaria de Emiliano Zapata, Tabasco. Con antecedentes de operada de resección de osteocondroma tipo I de Masada en cúbito derecho en 2011, requiriendo múltiples intervenciones por secuelas, donde se realiza resección de pseudoartrosis, toma de injerto diafisaria peroné derecho y colocación en cúbito derecho, osteotomía de alineación de radio y colocación de clavillo centromedular con aplicación de injerto óseo a cúbito derecho, sin embargo a pesar de dichas intervenciones se evidencia radiográficamente material de osteosíntesis sin datos de integración ósea. Se inicia abordaje por cirugía de mano y microvascular. Se realiza en 2019 cirugía peroné vascularizado de pierna izquierda para defecto óseo de cúbito derecho, realizado disección por planos, con desplazamiento de peroné con paquete vascular arteria y vena; se realiza doble osteotomía en radio derecho con colocación de placa DCP de 8 orificios, con resección de 4 cm de hueso no viable. Se coloca peroné vascularizado para cubrir defecto óseo, se fija con 4 tornillos y fijador externo, realizándose anastomosis arteria y vena de paquete vascular peroneo con arteria y vena radial y cefálica. Se egresa paciente tras 5 días de hospitalización, y se realiza seguimiento por la consulta de cirugía de mano y cirugía microvascular, observando a los 2 meses posterior a su intervención material de osteosíntesis sin datos radiográficos de aflojamiento, heridas cicatrizadas, sin dolor a la movilización de los dedos, de igual manera la lesión del nervio cubital con mejoría, presentando arcos de movilidad completos en mano derecha.

DISCUSIÓN. Actualmente en el manejo de pacientes con pérdida ósea o secuelas, en búsqueda de recuperar la función del miembro afectado, se encuentran descritas técnicas como aplicación de injertos autólogos no vascularizados cortico-esponjosa, transporte óseo por medio de la osteogénesis e injerto vascularizado. De acuerdo con la literatura, la reconstrucción de huesos largos por medio de utilización de injertos óseos vascularizados con anastomosis microquirúrgicas, ha sido descrito por Ostrup y Fredrickson publicados en 1974 y 1975.

CONCLUSIÓN. El injerto libre vascularizado de peroné combina la viabilidad del injerto esponjoso con la estabilidad del cortical, proporcionando un soporte óseo fuerte y vivo para las grandes pérdidas de sustancia ósea y ricamente vascularizado, lo que lo hace resistente y útil en zonas pobremente irrigadas o previamente infectadas.

MALFORMACIÓN LINFÁTICA MACROQUÍSTICA EN CUELLO DIAGNÓSTICO PRENATAL, FRACASO EN TRATAMIENTO CON OK 432 Y EXTENSIÓN INTRATORÁCICA EN LA INFANCIA.

Autor: Cristian Omar Urbina Rodríguez
Coautores: Jaén Echavez Del Riego, José Alberto Atristain Pesquera
Ponente: Cristian Omar Urbina Rodríguez
Institución: Hospital De Especialidades Del Niño y La Mujer Querétaro, Qro.

INTRODUCCIÓN. Femenino de 7 años de edad, antecedente de tumor quístico prenatal en cuello, nace 39 semanas, exploración física con tumor quístico de 77 x 39 mm sin compromiso vía aérea, se mantiene en vigilancia por 2 años, recibe escleroterapia con OK 432, 3 dosis con intervalo de 6 semanas con remisión de la lesión, a los 7 años presentó dificultad respiratoria, neumonía y lesiones tumorales visibles supraclaviculares bilaterales, compatibles con recidiva de malformación vascular linfática.

Se realiza placa simple de tórax con imagen tumoral intratorácica bilateral, angio tomografía que demuestra lesión quística que condiciona desplazamiento de vía aérea y compresión de tejido pulmonar compatible con malformación linfática.

Se decide tratamiento quirúrgico por infiltración intratorácica, compresión de vía aérea, pulmones y mediastino, realizamos esternotomía transversa con resección parcial de la lesión, permitiendo expansión pulmonar, infiltración con bleomicina en lesiones irresecables y pleurodesis así como colocación de sondas de pleurostomía.

Estancia hospitalaria de 65 días posoperatorios 30 días en terapia intensiva, requiere de traqueostomía por ventilación mecánica prolongada, infiltración de bleomicina a lesión quística residual en región apical derecha intratorácica con guía de ultrasonido, desarrolla estado séptico por pseudomonas aeruginosa e infección de herida quirúrgica, se egresa de terapia intensiva con traqueostomía funcional, placa de tórax con adecuada expansión pulmonar y dependiente de oxígeno por puntas nasales, egresa después de 35 días de estancia en hospital.

EVOLUCIÓN: 15 días de egreso retiro de traqueostomía, 3 meses con recidiva de 2 lesiones supraclaviculares se requirió escleroterapia 2 dosis de bleomicina con espacio de 4 semanas, se documenta remisión por ultrasonido, evolución a 2 años,

placa de tórax normal libre de lesiones en tejidos blandos e intratorácicas.

El tratamiento actual de las malformaciones linfáticas es conservador con esclerosantes, sin embargo cuando estas lesiones son grandes y causan compresión de órganos adyacentes requieren de tratamiento quirúrgico, el caso de nuestra paciente presentó remisión parcial con esclerosante OK 432, las lesiones residuales dieron crecimiento intratorácico y síntomas respiratorias por compresión y neumonía, el tratamiento combinado de resección subtotal de la lesión y esclerosante (bleomicina) determinaron la evolución favorable de la paciente, actualmente libre de lesiones y asintomática.

El tratamiento con escleroterapia de lesiones en cuello, debe ser vigilado y realizar estudios de extensión intratorácica a fin de evitar tratamiento quirúrgico con importantes complicaciones asociadas. No existe conflicto de interés.

**FACTORES PREDICTIVOS DE RUPTURA
INTRAOPERATORIA DE TUMOR DE WILMS.**

Autor: Moisés González Cárcamo
Coautores: José Antonio Gutiérrez Ureña, Jaime Orozco Pérez, Carlos Colunga Tinajero
Ponente: Moisés González Cárcamo
Institución: Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde”

Factores predictivos de ruptura intraoperatoria de tumor de Wilms. Serie de casos.

FUNDAMENTO: El tumor de Wilms es el tumor renal maligno más frecuente en la infancia, el tratamiento quirúrgico es imprescindible para el control primario de la enfermedad; se ha descrito que tamaño, volumen y ubicación están asociados con mayor riesgo de ruptura del tumor durante la cirugía; factores de riesgo que repercuten en la estadificación final y el tratamiento médico dado por quimioterapia o necesidad de radioterapia post operatoria. Algunos autores han descrito un índice de ruptura intraoperatoria el cual se obtiene mediante medición tomográfica (> 0.5). **PROPOSITO:** Evaluar factores de riesgo que permitan predecir la ruptura intraoperatoria del tumor de Wilms.

MATERIAL Y METODOS: a) Escenario: En un hospital de tercer nivel, público, de alta concentración, del occidente del país, donde laboran Cirujanos Peditras Oncólogos certificados y residentes de Cirugía Pediátrica b) Participantes: Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de tumor de Wilms unilateral. Criterios de exclusión: Pacientes con tumor de Wilms bilateral, que haya recibido quimioterapia preoperatoria y ruptura tumoral preoperatoria. Criterios de eliminación: Pacientes que no cuenten con tomografía computada (TC) abdominal al diagnóstico. c) Intervención: Se evaluó la tomografía abdominal contrastada al diagnóstico del tumor de Wilms, donde se calculo “Índice de ruptura intraoperatoria”, este se obtiene del cociente del producto de los puntos más equidistantes en sentido anteroposterior y transverso de la cavidad abdominal y del tumor. d) Variables: Ruptura de tumor intraoperatorio, índice de ruptura intraoperatoria, edad, género, lateralidad, tamaño, volumen, histología. e) Recolección de la información: Retrospectivo/ Prospectivo. g) Tamaño de la muestra: En un periodo de 4 años 25 pacientes con criterios de inclusión fueron sometidos a estudio. h)

Análisis estadístico: Se utilizaron tablas de contingencia de 2×2 al evaluar pruebas diagnósticas: Sensibilidad, Especificidad, VP (+), VP(-); se calculó la razón de Momios para determinar fuerza de asociación en la evaluación de causalidad para las variables género, lateralidad, tamaño; se midió Chi cuadrada para determinar independencia entre variables.

RESULTADOS: La variable Índice de ruptura intraoperatoria arrojó una Sensibilidad: 0.16 Especificidad: 0.10; VP (+): 0.33; VP (-): 0.77. Odds ratios: La frecuencia de ruptura es 2.2 veces más en mujeres a diferencia de varones. La frecuencia de ruptura es 8.5 veces más en sujetos con lateralidad derecha que izquierda. La frecuencia de ruptura es 2.4 veces más en sujetos con tamaño < 10 cm que aquellos con tumores > 10 cm. Para la variable Lateralidad “derecha” se obtuvo una Chi X2 calculado = 4.09 con una p de 0.05, se determinó que son variables no independientes. Todos los casos vivos con un seguimiento de 4 años.

DISCUSION: Se describe que el tamaño, volumen y lateralidad del tumor predicen el riesgo de ruptura, en este estudio no fueron definitivas; pueden existir otros factores que favorezcan la ruptura del tumor. A pesar de que los resultados no son del todo congruentes con publicaciones internacionales quizá por un menor número de pacientes en estudio, consideramos que existen otros factores que asociados a los ya identificados favorecen la ruptura intraoperatoria, podrían ser propios del tumor (áreas de necrosis extensas, adelgazamiento de la capsula tumoral) o manipulación excesiva, estos podrían tener impacto para la ruptura del tumor durante la cirugía, lo cual crea líneas de trabajo para futuras investigaciones.

IMPORTANCIA DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA TRANSOPERATORIA EN LOS PROCEDIMIENTOS COMPLEJOS DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE MÍNIMA INVASIÓN

Autor: Carlos García Hernández
Coautores: Lourdes Carvajal Figueroa, Christian Elena Archivaldo García, Romer Jesús Valero Mamani
Ponente: Romer Jesús Valero Mamani
Institución: Hospital Infantil Privado Star Medica

FUNDAMENTO: La cirugía de mínima invasión en niños en la actualidad es el ideal para la resolución quirúrgica de varias patologías y procedimientos complejos que tienen un mayor riesgo de conversión y complicaciones. En estos casos, la endoscopia transoperatoria facilita la resolución de estos procedimientos y previene complicaciones. Propósito: ¿La endoscopia digestiva transoperatoria facilita los procedimientos complejos de cirugía de mínima invasión y disminuye las complicaciones?

OBJETIVO: Demostrar que el abordaje endoscópico simultáneo en procedimientos complejos de laparoscopia facilita su correcta realización en la patología digestiva superior y disminuye sus complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo en un centro de tercer nivel pediátrico y privado, por cirujanos pediatras de amplia experiencia. Se revisaron expedientes de los últimos 21 años a los que se les realizó asistencia endoscópica durante un procedimiento complejo laparoscópico. Se analizó la edad, peso, sexo, diagnóstico, hallazgos transoperatorios, tiempo quirúrgico, procedimiento realizado, modificación del procedimiento original, complicaciones y evolución postoperatoria.

RESULTADOS: De 2000 a 2021, se trataron 84 pacientes, entre 1 mes a 20 años de edad, con los diagnósticos de estenosis péptica 9, acalasia 23, restos embrionarios 4, re-funduplicaturas 42, duplicación esofágica 2, pinza mesentérica 2, hemangioma gástrico gigante 1 y falla del procedimiento antirreflujo en paciente neurológico 1. Se practicaron 40 funduplicaturas, 11 Collis-Nissen, 23 miotomías de Heller, 4 resecciones esofágicas con anastomosis, 2 resecciones de duplicaciones, 2 gastroyeyuno anastomosis, 1 resección gástrica por un hemangioma gigante y 1 desconexión esófago gástrica. Con la endoscopia transoperatoria se detectaron 2 perfora-

ciones esofágicas y 5 gástricas que fueron reparadas en ese momento y esófago corto en 10 niños, se corroboró la permeabilidad de las anastomosis en 7 y en el caso del procedimiento de Collis-Nissen, el endoscopio sirvió como férula para construir el neo-esófago y descartar la presencia de fistulas. En las re-operaciones a pesar del proceso cicatrizal en todos los casos favoreció la identificación del esófago. No hubo complicaciones asociadas al procedimiento de endoscopia digestiva alta.

DISCUSIÓN: En este trabajo se muestra la importancia de realizar la practica simultánea de una endoscopia en los procedimientos complejos laparoscópicos, ya que facilita la identificación anatómica, apoya la disección, permite identificar la extensión de diferentes enfermedades, así como, comprobar la integridad de los tejidos, anastomosis y en caso de complicaciones la identificación y su corrección, evitando la necesidad de conversión, lo que agrega seguridad al procedimiento de mínima invasión. Conclusión: La endoscopia digestiva es un excelente adyuvante de la cirugía de mínima invasión del tubo digestivo alto en Pediatría, que facilita el procedimiento y lo hace más seguro.

**EXPERIENCIA EN LA EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS
EN VÍA AÉREA POR BRONCOSCOPÍA RÍGIDA EN UN HOSPITAL
PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL “SERIES DE CASOS.”**

Autor: Miguel Ángel Santiago Montor
Coautores: Ma. De Lourdes Leyva Castellanos
Ponente: Miguel Ángel Santiago Montor
Institución: Hospital Para El Niño Del Instituto Materno Infantil Del Estado De México

FUNDAMENTO: Describir las características clínicas, radiológicas y por broncoscopia en pacientes con cuerpo extraño en vía aérea.

PROPÓSITO: Conocer la eficacia de la broncoscopia rígida en la extracción de cuerpos extraños en vía aérea de Enero del 2015 a Marzo 2020 en Hospital Pediátrico de tercer nivel.

OBJETIVOS: Analizar datos demográficos, tiempo de evolución al momento del diagnóstico, datos clínicos de presentación inicial y tardíos, signos radiológicos, Localización anatómica y naturaleza del cuerpo extraño en vía aérea.

MATERIAL Y METODOS: El estudio se realizó en un Hospital Pediátrico de tercer nivel de población abierta del estado de México, la valoración y tratamiento se llevó a cabo por cirujanos pediatras certificados. Se incluyeron a pacientes ingresados al servicio de urgencias con sospecha de aspiración de cuerpo extraño en vía aérea de Enero del 2015 a Marzo 2020 a los que se realizó broncoscopia rígida, se excluyeron a los que no contaban con expediente clínico completo. A todos los ingresados por sospecha de cuerpo extraño en vía aérea, se realizó broncoscopia rígida en quirófano, se utilizaron broncoscopios rígidos pediátricos de 3.5 mm hasta 7.5 mm de diámetro interno y de 18.5 cm hasta 40 cm de longitud y ópticas de 0 grados; la extracción fue con pinzas endoscópicas. Las variables analizadas: edad, género, síntomas iniciales y a su llegada al hospital, tiempo de evolución, signos radiológicos, naturaleza de cuerpo extraño, localización anatómica y complicaciones. Fue un estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo, obteniendo datos del expediente clínico electrónico (Histoclin ®) de pacientes con sospecha de aspiración de cuerpo extraño en vía aérea ingresados al servicio de urgencias del Hospital. Nuestro universo de muestra está representado por los pacientes ingresados al servicio de urgencias, de

los cuales 2589 corresponde a enfermedades respiratorias y de ellos 43 con sospecha de aspiración por cuerpo extraño en vía aérea a los que se le realizó broncoscopia rígida. El análisis estadístico fue descriptivo tomando medidas de tendencia central.

RESULTADOS. La población con sospecha de cuerpo extraño en vía aérea de enero del 2015 a marzo del 2020 fueron de 43 entre edades de 9 meses a 12 años, de los cuales en 27 se corroboró la presencia de cuerpo extraño en vía aérea siendo los síntomas más frecuentes tos y disnea; entre los hallazgos radiológicos lo más habitual fue la hiperinsuflación, dentro de la naturaleza de los cuerpos extraños los orgánicos fueron el tipo más común, el bronquio principal derecha fue el sitio de localización más frecuente, la extracción fue exitosa en el 100% de los casos.

DISCUSIÓN: En el 62.7 % se corroboró la presencia de cuerpo extraño en vía aérea, siendo el tipo organico la naturaleza mas frecuente; las tos, cianosis y disnea fueron los síntomas más comunes de presentación; los hallazgos radiológicos se encontraron en un 57.6 %, la presencia de cuerpo radiopaco en un 17 % de los casos, el bronquio principal derecho fue el sitio más común de localización, la eficacia de la broncoscopia rígida fue en un 100 % .

CONCLUSIÓN. En nuestra experiencia el uso de la broncoscopia rígida para la extracción de cuerpo extraño en vía aérea es una modalidad eficaz y oportuna, por lo que la consideramos de elección para la extracción de cuerpos extraños en vía aérea en pacientes pediátricos

APLICACIÓN DE PARÁMETROS HEMATOLÓGICOS COMO PREDICTORES DE DAÑO EN ESOFAGITIS CAUSTICA

Autor: Oscar Alberto Infante González
Coautores: Clio Alejandra Espinosa Pereyra, Ibraim Soto García, Eduardo Vásquez Gutiérrez
Ponente: Jorge Alberto Rodríguez Gomez
Institución: Instituto Mexicano Del Seguro Social

La ingestión de sustancias cáusticas es uno de los accidentes más importantes en la infancia debido a su incidencia y gravedad. Múltiples estudios demuestran que los índices inflamatorios como neutrófilos-linfocitos o plaquetas-linfocitos han demostrado relación con patologías en donde hay liberación de radicales libres.

En el contexto de pacientes pediátricos con lesiones endoscópicamente significativas por cáusticos, tienen el potencial de servir como guía para definir que pacientes se beneficiarían más de la realización de una endoscopia.

OBJETIVO: Determinar la utilidad de los parámetros hematológicos medidos como predictores de daño endoscópico en las quemaduras esofágicas por cáusticos en pacientes pediátricos.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico tipo prueba diagnóstica; realizado en un hospital de tercer nivel de tipo público, centro de referencia de 7 estados de la república, con participación de cirujanos pediátricos con amplia experiencia.

Se incluyeron pacientes de 1 a 15 años, ingresados al servicio de cirugía pediátrica con diagnóstico o sospecha de ingestión de cáusticos. Mediante revisión de expediente clínico se recolectaron datos demográficos, evaluación clínica y reporte de biometría hemática (recuento leucocitario, neutrófilos y linfocitos, ancho de distribución eritrocitaria e índice neutrófilo/linfocito) y resultados endoscópicos.

RESULTADOS: Se recabaron datos de 61 pacientes, 50 casos presentaron lesiones Zargar <2a y 11 >2b. Se obtuvieron resultados del hemograma realizado al ingreso. Se realizaron curvas ROC de estos datos con determinación de Índice de Youden para obtener un valor de corte del que se determinó sensibilidad y especificidad. Ancho de distribución eritrocitaria valor de corte 14.3% (p 0.031) sensibilidad 81.8% especificidad de 60%, índice Neutrófilo/Linfocito 2.13 (p

0.001) sensibilidad 100% especificidad 80%, leucocitos 14.3410K/uL (p 0.264) sensibilidad de 45.5% especificidad 80%, neutrófilos 7.6510K/uL (p 0.001) sensibilidad 81.8% especificidad 84% y linfocitos 1.2810K/uL (p <0.001) sensibilidad de 63.6% especificidad de 98%.

DISCUSIÓN: Se estudiaron varios parámetros biométricos (Índice neutrófilo/linfocito, Neutrófilos, Linfocitos, Leucocitos y Ancho de Distribución Eritrocitaria), de los cuales solamente el índice Neutrófilo/Linfocito puede ser útil para predecir daño endoscópicamente significativo (Sensibilidad 100%-Especificidad 80%), presentando discrepancia con respecto a los referidos en la literatura, que plantean que todos estos parámetros hematológicos obtenidos al momento del ingreso pueden constituir una herramienta para evaluar que pacientes son susceptibles a la realización de endoscopia aun sin presentar sintomatología asociada.

CONCLUSIÓN: De los parámetros hematológicos medidos solamente el índice Neutrófilo/Linfocito puede ser útil para predecir daño endoscópicamente significativo, sin embargo, nuestra muestra se conforma de solo 11 pacientes lo que limita el poder deductivo del estudio.

**SEDACIÓN POR RESIDENTES DE PEDIATRÍA, EN LA
COLOCACIÓN DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES GUIADO
POR ULTRASONIDO, FUERA DEL ÁREA DE QUIRÓFANO.**

Autor: Fernando Felix Montes Tapia
Coautores: Claudia Isela Rivera Rangel, Zelenia García Alcudia,
Gustavo González Cordero
Ponente: Fernando Felix Montes Tapia
Institución: Universidad Autónoma De Nuevo León, Hospital Universitario "Dr. José E. González"

FUNDAMENTO: La saturación de los quirófanos en hospitales públicos, lleva a retardo o suspensión de procedimientos en detrimento del tratamiento del paciente. Encontramos que hay una falta de estudios donde se evalué la sedación realizada por no anestesiólogos para la colocación de un catéter venoso central guiado por ultrasonido (CVC-US) en áreas fuera de quirófono. Propósito: Describir la calidad de la sedación dada por parte de residentes de pediatría para la colocación de CVC-US en tiempo real en pacientes pediátricos, fuera del área de quirófono.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio realizado en un hospital público de tercer nivel en Monterrey, los cirujanos pediatras tienen más de 10 años de experiencia y los residentes de pediatría con entrenamiento en sedación y con PALS vigente. Autorizado por el comité de Ética institucional con clave PE20-00010. Estudio transversal, descriptivo, observacional, retrospectivo. Criterios de inclusión: Paciente 1 mes a 15 años, que requirieron la colocación de un CVC-US fuera del área de quirófono en áreas seguras (equipo de monitorización y carro rojo). Paciente no intubado. Tengan hoja de sedación completa, realizada por el residente de pediatría en expediente. Criterios de exclusión: Menores de 1 mes y mayores de 15 años. Pacientes con sedación antes del procedimiento. Criterios de eliminación: Pacientes que pasaron a quirófono o algún procedimiento inmediatamente posteriores al procedimiento de colocación de CVC. Pacientes que requirieron continuar su manejo con sedación.

INTERVENCIÓN: Se revisó las hojas de sedación de los pacientes a los cuales se les colocó un CVC-US en el periodo de agosto 2019 a marzo 2020. Variables Independientes: Medicamentos utilizados, Dosis, y Eventos adversos. Variables dependientes: Eficacia de la sedación (medido por la Escala de Sedación del Hospital de Niños de Wisconsin), Tiempo para iniciar el procedimiento, Tiempo de duración

del procedimiento, Tiempo de sedación, Se completó el procedimiento. Se determinó una muestra de 59 pacientes. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa SPSS® versión 25. En el análisis descriptivo de las variables continuas, se reportaron medidas de tendencia central y de dispersión, a través de media y desviación estándar o mediana y rango intercuartil, según aplique.

RESULTADOS: La mediana de edad de 30 (1-180) meses, 37 (62%) masculinos, peso 11.7 (2-95) kg. Las indicaciones principales de CVC-US administración antibiótico 26 (43%) y cirugía mayor 10 (16.7%). El principal abordaje la vena subclavia izquierda 43 (71.7%). Tiempo para lograr la sedación con una media de 8.4 (2-30) min. Dosis para completar el procedimiento Midazolam 0.2 (0.05-0.6) mg/kg, Ketamina 2 (0.5-5) mg/kg. Duración del procedimiento 16.5 (5-80) min. Tiempo de sedación 57.8 (20-135) min. Eventos adversos menores 2 (1.7%), no eventos mayores. Nivel de Sedación: profunda 38 (63.3%), ningún nivel inadecuado. Se completaron todos los procedimientos. La sedación fue realizada por un R2 de pediatría en 27 (45%) y R1 25 (41.7%)

DISCUSIÓN: El tiempo para lograr la sedación y tiempo total del procedimiento para la colocación de CVC-US fue rápido. Esto dos factores, disminuyen el tiempo de sedación, encontrando menos eventos adversos que con otras combinaciones como midazolam+propofol (nuestro protocolo anterior). Finalmente el nivel de sedación que se consiguió por parte del residente de pediatría, fue el óptimo para completar todos los procedimientos.

CONCLUSIÓN: El protocolo de sedación de midazolam+ketamina proporcionada por residentes de pediatría entrenados, brinda una sedación rápida, segura y eficaz para la colocación de un CVC-US.

ANÁLISIS DE LA VARIACIÓN DE LA MEDICIÓN DEL CALIBRE DEL NEOANO DESPUÉS DE ARPSP AL DÍA CERO Y AL DÍA 14: REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS.

Autor: Oscar Alberto Infante González
Coautores: Bruno Adrián Martínez Leo, Eva Juárez Hernández, Jesús Cervantes Ledezma
Ponente: Julio César Cárdenas González
Institución: Hospital Pediátrico Moctezuma y Hospital Infantil Privado

FUNDAMENTO: El proceso normal de cicatrización del neoano post ARPSP condiciona que el calibre de éste disminuya entre el día 0 (D0) y el día 14 (D14) - momento indicado para la calibración del neoano y comenzar el esquema de dilataciones recomendado. Se desconoce la cantidad de en milímetros que éste puede disminuir y considerarse esperado, o bien, se trate de una estenosis.

PROPÓSITO: Conocer cuántos milímetros disminuye el calibre del neoano entre el D0 y D14 post ARPSP, así como conocer si los factores pronósticos de las MAR influyen en esta disminución.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se usaron registros de la base de datos de pacientes con MAR que mantiene el autor principal (donde los padres y tutores de pacientes autorizan el uso anonimizado de datos para análisis e investigación), incluyendo pacientes de hospital público de segundo nivel y medio privado de tercer nivel. Equipo compuesto un cirujano pediatra colorrectal, y tres médicos residentes en cirugía pediátrica durante el momento de la recolección de datos y cirugías realizadas, análisis estadístico por doctoranda en ciencias. Se incluyeron registros completos al momento del análisis, eliminando los incompletos y pacientes operados por un equipo diferente. No se realizó intervención. El autor principal realizó las cirugías incluidas asistido por el equipo de residentes, así como realizó las calibraciones de neoano entre D0 y D14 post ARPSP. Variables de resultado: estenosis, número de milímetros de diferencia entre D0 y D14. Variables independientes: sexo, presencia de colostomía, tipo de malformación, índice sacro, variación de calibre de neoano D0 y D14 post ARPSP. No se hizo cálculo estadístico de muestra: se analizaron 76 registros de 290 con test de Kolmogórov-Smirnov, medidas de tendencia central y dispersión, comparación de medianas por medio de Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney, χ^2 y prueba exacta de Fisher, usando SPSS v25.

RESULTADOS: 57% (n=43) son hombres, y 63% (n=48) contaba con colostomía. 68.4% (n=52) tiene sacro normal, 30% corto y 1 con agenesia. Mediana de diámetro fue de 14 mm [13.2-15] al día cero, mientras que al día 14 fue de 11 mm (10-12). La mediana de la \square fue de 3 mm [2-4]. El sexo, tipo de malformación (perineal, vestibular, bulbar, prostática, vesical, cloaca, sin fistula y bolsa colónica), calidad del sacro, presencia o ausencia de colostomía no tuvieron diferencia estadísticamente significativa con respecto a la disminución del calibre del neoano.

DISCUSIÓN: La anoplastia (último paso en la reparación de una ARPSP) se debe realizar dentro de los límites anterior y posterior de las fibras parasagitales (FPS) que tiene las mismas dimensiones que el Hegar esperado para la edad. La mediana de la variación de 3 mm entre las diferentes malformaciones y que ninguna de ellas presentó estenosis del neoano parece ser segura y podría permitir al cirujano predecir la presencia de estenosis si una disminución mayor podría predecir estenosis, así como permitirá asistir en la programación del cierre de colostomía y orientar más extensamente a familiares sobre el proceso de dilatación. Limitaciones compuestas por la ausencia de estenosis del neoano en los registros estudiados; esto nos previno de poder realizar una comparación de factores de riesgo entre ambos grupos.

CONCLUSIÓN. La disminución del calibre del neoano no parece estar relacionada con los factores pronósticos propios de las malformaciones anorrectales. La disminución de 3 mm entre D0 y D14 post ARPSP (rango 0 – 7 mm) no predice estenosis del neoano.

TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO DE LA VÍA AÉREA EN PEDIATRÍA

Autor: Iván Vladimir Medina López
Coautores: Penchyna Grub Jaime, Mario Javier Peña García, Gustavo Teyssier Morales
Ponente: Iván Vladimir Medina López
Institución: Hospital Infantil De México Federico Gómez, CDMX.

FUNDAMENTO: A nuestro conocimiento no existe en la literatura médica una serie de casos en pediatría tan grande como la presentada a continuación. Los tumores miofibroblástico inflamatorios de la vía aérea en pediatría son tumores raros.

PROPÓSITO: ¿Es la evolución de los pacientes con tumores de la vía aérea comparable con lo reportado a nivel mundial? Objetivo: Describir las características clínicas, evolución, manejo y seguimiento de los pacientes tratados en nuestro hospital del año 2010 al 2021

MATERIAL Y MÉTODOS: Escenario: Hospital de tercer nivel, universitario, público, de la capital, con cirujanos especialistas en cirugía de vía aérea y endoscopia con más de 10 años de experiencia en manejo de patologías quirúrgicas de laringe y tráquea en el paciente pediátrico.

Participantes: Se incluyeron pacientes con tumores de la vía aérea tratados en nuestro hospital. Se excluyeron pacientes con pérdida de seguimiento. Se eliminaron pacientes operados fuera de nuestra institución.

Intervención: Obtuvimos información retrospectiva de los expedientes y archivos de imagen.

RESULTADOS: 7 pacientes con diagnóstico de tumor miofibroblástico de la vía aérea, los síntomas pivote fueron estridor y disnea progresiva. La localización fue 4 en tráquea, 2 subglóticos y 1 subglótico-laríngeo, con obstrucción de la luz entre 60-90%. La cirugía para tumores traqueales fue traqueoplastia con resección tumoral, dos pacientes con tumor subglótico con RCT y el subglótico-laríngeo requirió laringofisura. El número total de anillos traqueales reseca- dos fue desde 2 a 6 anillos. Al seguimiento 7 de ellos están asintomáticos, 1 con disfonía con atrofia de cuerda vocal izquierda. En ninguno de nuestros pacientes se ha presentado recidiva del tumor.

DISCUSIÓN: La sospecha clínica se basa en estridor y dificultad respiratoria, progresiva que no mejora con tratamiento convencional. Dentro de los estudios básicos para el diagnóstico es la broncoscopia y la TAC contrastada.

El tumor miofibroblástico inflamatorio tiene una alta incidencia de recidiva, hasta el momento no se ha presentado en nuestro hospital. El manejo con resección y anastomosis es la mejor opción en los pacientes pediátricos y no el manejo endoscópico por el riesgo de recidiva.

CONCLUSIÓN: Los resultados obtenidos en nuestro hospital son comparables con lo reportado en la literatura mundial sin recidivas en el seguimiento.

RESPUESTA DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA ANTE LA PANDEMIA POR EL VIRUS SARS-COV-2.

Autor: Guillermo Yanowsky Reyes
Coautores: Rafael Santana Ortiz, Jaime Orozco Pérez, Sergio Adrián Trujillo Ponce
Ponente: Guillermo Yanowsky Reyes
Institución: Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde”, Jal.

FUNDAMENTO: COVID-19 es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La OMS tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de neumonía vírica en Wuhan (República Popular China). La OMS la reconoció como una pandemia el 11 de marzo de 2020 (cuando informó que había 4291 muertos y 118 000 casos en 114 países). En México el Consejo de Salubridad General declara emergencia sanitaria el 30 de marzo en todo el territorio mexicano. La pandemia ha tenido un efecto socioeconómico disruptivo por el cierre de actividades esenciales en los tres niveles de gobierno escuelas y universidades, similar a estrategias aplicadas en más de 124 países. Por otra parte, se vieron sobrepasados los sistemas sanitarios a nivel global. Lo que implicó el desarrollo y la implementación de estrategias para atender, tratar y gestionar eficazmente el alto volumen de pacientes afectados por la COVID-19 y no descuidar otras enfermedades endémicas y de temporada. El Hospital implementó estrategias en la forma trabajo cuyos objetivos fueron preservar la vida del personal de salud, evitar nuevos contagios y maximizar los recursos de infraestructura y humanos con los que se cuenta para afrontar esta emergencia sanitaria: hubo reconversión de camas, reorganización de procesos, cierre de consulta externa, suspensión de labores de personal en riesgo, espaciamiento de guardias y actividades académicas presenciales de los programas de pre y posgrado. En lo quirúrgico se dirigió la cirugía electiva no urgente, se realizaron solamente procedimientos esenciales y se reconoció el comportamiento del nuevo virus en el paciente quirúrgico pediátrico.

PROPÓSITO: Mostrar los resultados ante los desafíos en el ámbito asistencial, educativo y de investigación en un hospital público universitario frente a pandemia por la COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODOS: Fue analizada la participación del equipo quirúrgico pediátrico mediante una base estadística que incluye los procedimientos realizados electivos, de urgencia y se cuantificaron los pacientes ingresados al servicio de cirugía pediátrica con diagnóstico confirmado de SARS-CoV-2 en el periodo de marzo 2020 – febrero 2021 por grupos de edad, los datos encontrados fueron analizados aplicando estadística descriptiva y los resultados se muestran con gráficos expresados con medidas de tendencia central.

RESULTADOS: Se realizaron 847 cirugías, fueron electivas 491(58%) y 356 (42%) urgencias, se otorgaron un total de 1374 atenciones en consulta externa, todos los procedimientos quirúrgicos se llevaron a cabo conforme los protocolos de seguridad en anestesiología y enfermería. 11 pacientes con infección por SARS-CoV-2 confirmados, el diagnóstico quirúrgico más frecuente apendicitis aguda. Se presentaron 2 defunciones (18%). Al equipo de salud se le realizaron en este periodo al menos 3 pruebas seriadas de PCR para detección de SARS-CoV-2, se recibió apoyo con equipo de protección y un programa de atención psicológica, así como capacitación y simulacros en protocolos de reconversión.

DISCUSIÓN: Conforme se modificaron las estrategias durante el año 2020, se adaptaron los protocolos de manejo de los pacientes pediátricos quirúrgicos en el hospital. Así mismo se observó una disminución de casos quirúrgicos a partir del mes de marzo del 2020 y el último trimestre de nuestra observación un incremento de procedimientos electivos conforme a lo establecido por la Secretaría de Salud del Estado.

CONCLUSIÓN: Podemos observar que, con la contingencia, el aspecto de enseñanza, asistencial y de investigación, se vieron afectados en la forma de llevarse a cabo, sin embargo, esto trajo nuevas dinámicas en cuanto a la enseñanza e investigación.

**EXPERIENCIA CON PROGRAMA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
EXTRAMUROS EN EL SUR DE ZACATECAS DEL 2006 – 2019.**

Autor: Laura Gabriela Peña Balboa
Coautores: Mario Moreno Flores, Guillermo Yanowsky Reyes, Jaime Orozco Pérez
Ponente: Laura Gabriela Peña Balboa
Institución: Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde”, Jal.

FUNDAMENTO: Desde la década de los 60 diferentes instituciones públicas y privadas han acercado la medicina a poblaciones desfavorecidas. En 1991 surge el Programa Cirugía Extramuros de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud como una respuesta a las necesidades de los mexicanos que viven en zonas marginadas y que no tienen acceso regular a los servicios de la cirugía general y especializada.

PROPÓSITO: Presentar la organización, funcionamiento, actividad desarrollada y resultados obtenidos por de Cirugía Pediátrica Extramuros, en el periodo comprendido entre los años 2006 y 2019, analizando su filosofía, las estrategias aplicadas y las instituciones involucradas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Nuestro Programa de Cirugía Pediátrica Extramuros se lleva a cabo mediante la organización de jornadas quirúrgicas, eventos realizados en 3 días de trabajo en los que se atienden pacientes previamente valorados y preparados por un Cirujano Pediatra Certificado en hospital sede en Juchipila, Zacatecas. La Jurisdicción Sanitaria realiza gestión de recursos, los cuales una vez autorizados, programan la fecha de la jornada correspondiente. Con dicha programación se integra un equipo de cirujanos pediatras certificados, residentes de último año de cirugía pediátrica, otorrinolaringólogos, cirujanos cardiovasculares, cirujanos plásticos, anestesiólogos pediatras certificados y residentes de anestesiología pediátrica. Este equipo especializado tiene como coordinador de actividades a un cirujano pediatra certificado, responsable profesional directo, y que es el encargado de haber estudiado y programado a los pacientes, así como su seguimiento postquirúrgico. Así mismo se realizó análisis retrospectivo de los procedimientos realizados en las 9 jornadas realizadas en el Sur de Zacatecas en el periodo de 2006 – 2019.

RESULTADOS: De junio de 2006 a noviembre de 2019 se organizaron, supervisaron y efectuaron 9 jornadas quirúrgicas en Juchipila, Zacatecas, concentrando pacientes de 11 municipios del sur de dicho estado. Habiendo atendido 473 pacientes pediátricos a los cuales se les realizaron procedimientos quirúrgicos variados, con la participación de más de 50 cirujanos y anestesiólogos. Los procedimientos realizados con mayor frecuencia fueron las amidalectomías (35%), hernioplastias inguinales (9%) y circuncisiones (9%). Entre otros procedimientos realizados se encuentran las resecciones de quistes tiroglosos, hernioplastias umbilicales, palatoplastias.

DISCUSIÓN: Este programa acerca la cirugía pediátrica a una población con marginalización y dispersión geográfica, utilizando la infraestructura existente de la Secretaría de Salud, con un bajo costo y un alto impacto, mediante la colaboración de instituciones públicas de tercer nivel de Secretaría de Salud del Estado vecino de Jalisco. Es importante enfatizar que los servicios conferidos están supervisados por un cirujano pediatra certificado en lo que se refiere a calidad de la atención quirúrgica y postquirúrgica, así como en el seguimiento mediato. Las complicaciones que se presentaron fueron mínimas y resueltas en el mismo hospital sede.

CONCLUSIÓN: Este tipo de programas ofrece a poblaciones marginadas el beneficio de tratamiento quirúrgico especializado y disminución de costos, por lo que se trata de una estrategia que podría implementarse en otros países en vías en desarrollo.

EFICACIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTESTINAL EN PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO SECUNDARIO A MALFORMACIÓN ANORRECTAL POSTERIOR A LA CORRECCIÓN QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autor: Edgar Humberto Juárez Enríquez
Coautores: Claudia Martínez Parra, Elvia Teresa Ávila Hernández, Enrique Rojas Moreno
Ponente: Enrique Rojas Moreno
Institución: Unidad Médica De Alta Especialidad HGP 48 IMSS

FUNDAMENTO. El Programa de Rehabilitación Intestinal, tratamiento implementado en pacientes con antecedente de estreñimiento secundario a malformación anorrectal en hospitales de gran concentración y con clínicas de cirugía colorectal ha mostrado resultados alentadores, por lo que se propone evaluar su reproducibilidad y eficacia.

PROPÓSITO: Evaluar la reproducibilidad y eficacia del Programa de Rehabilitación Intestinal en pacientes mexicanos con antecedente de malformación ano rectal y estreñimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS. Realizamos un estudio ambispectivo, longitudinal, observacional y analítico en un Hospital de tercer nivel de provincia de enero de 2015 a diciembre del 2020, se incluyó a 43 pacientes con diferentes tipos de MAR y corrección quirúrgica completa, con un rango de edad de 1 año a 15 años 11 meses de edad. Se implementó en 33 pacientes; 15 pacientes requirieron inicialmente administración de enemas con volúmenes de 10 a 15 ml/kg. Posterior a la evacuación efectiva de colon se administra laxante con dosis promedio de 15.5mg/kg/día. Se da seguimiento en consulta externa cada semana o cada 15 días con evaluación de hábitos de evacuación y se corrobora con RX de abdomen.

RESULTADOS. De los 33 pacientes, en 28 pacientes resulto ser efectivo con evacuación diaria y ausencia de coproestasis en RX simple de abdomen, así mismo, se reportó que los pacientes con comorbilidades asociadas no presentaron evacuación diaria, además que con mayor frecuencia presentaban radiografía con coproestasis.

CONCLUSIONES Concluimos que el Programa de Rehabilitación Intestinal es reproducible y eficaz aun sin tener una clínica de cirugía colorrectal, con resultados semejantes a los de hospitales de gran concentración.

DISCUSIÓN. El manejo de las secuelas de las malformaciones anorrectales, principalmente las relacionadas a la continencia fecal han ido mejorando y se han adaptado a las condiciones de los pacientes. El programada de rehabilitación intestinal diseñado por el Dr. Alberto Peña desde hace más de dos décadas, cuyo objetivo principal es el vaciamiento mecánico del colon, se ha adaptado a las características sociales y demográficas de nuestro país con resultados satisfactorios para los pacientes.

URGENCIAS QUIRÚRGICAS NEONATALES. ESTUDIO COMPARATIVO DURANTE LA PANDEMIA DEL VIRUS SARS COV-2/ COVID-19

Autor: Juan Eduardo González Aboytes
Coautores: Fernando Duque Zepeda, Cesar Alfredo Zepeda Torres, Jesús Pizarro Lozano
Ponente: Juan Eduardo González Aboytes
Institución: Hospital Civil De Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Jal.

FUNDAMENTO: Analizar las diferencias y el efecto de la pandemia sobre las labores asistenciales quirúrgicas neonatales que se realizaron en 2019 y 2020 con enfoque epidemiológico.

PROPÓSITO: Identificar las diferencias de la atención quirúrgica neonatal antes y durante la pandemia por SARS cov-2/ COVID-19 tanto en el número y tipo de patologías, así como las principales urgencias quirúrgicas neonatales que ameritaron tratamiento con cirugía antes y durante la pandemia por COVID- 19.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal retrospectivo en un Hospital público de 3er nivel de atención, receptor de población proveniente del occidente del país con alta vulnerabilidad y que no cuenta con seguridad social. Se identificaron los pacientes menores de 30 días (neonatos) que requirieron tratamiento quirúrgico de Enero – Diciembre del 2019, y Enero– Diciembre del 2020, para el estudio se analizaron aquellos que cumplieron definición operacional de cirugías de urgencia de acuerdo a la OMS/ AAP durante la pandemia y que cumplían todos los requisitos para el estudio, excluyendo quienes fueron intervenidos fuera de la unidad hospitalaria o por procedimientos considerados electivos. Se recabaron los datos en la base de datos Microsoft Excel para Mac versión 16.44.

RESULTADOS: Durante 2019, 81 pacientes fueron sometidos a cirugía de urgencia: defectos de pared abdominal (gastroquisis y onfalocèle) 18 (21.9%), estenosis hipertrófica de píloro 17 (20.7%), malformaciones ano rectales 12 (14.6%). En el año 2020 se intervinieron un total de 59 pacientes: atresia del tracto digestivo (duodenales, yeyunales e ileales) 12 (20.3%), defectos de pared abdominal (gastroquisis y onfalocèle) 11 (18.6%), enterocolitis necrosante 10 (16.9%).

Encontrando una disminución aproximadamente del 30% de las intervenciones quirúrgicas durante el año de pandemia; El numero de pacientes que se tuvo de atresia de esófago, no hubo cambio. Sin embargo, el aumento en el doble de pacientes (120%) con atresia de tracto digestivo y de igual manera con enterocolitis necrosante (100%). El numero de pacientes que disminuyo en el numero de casos fue casi cuatro veces lo encontrado en el 2019 (200%), estenosis hipertrófica de píloro por hasta el doble de casos (110%) y malformaciones ano rectales de igual manera (110%).

DISCUSIÓN: Encontramos una diferencia significativa respecto al año de la pandemia, se pueden tener conclusiones quizá de la disminución de estos casos, sin embargo no se puede tener elementos para establecer una relación puntual. Durante la pandemia, y acorde a las medidas implementadas por las autoridades se limitó el ingreso de pacientes provenientes de otros estados lo que podría haber impactado en la cantidad de pacientes, así como la frecuencia de presentación de algunas patologías. La cirugía neonatal no tuvo una gran modificación durante la pandemia ya que la mayoría de las patologías se consideraron urgentes.

CONCLUSIÓN: La cirugía neonatal en el año 2020 se puede determinar que fue excepción a diferencia de las otras ramas de la cirugía pediátrica que afecto en el numero de pacientes atendidos. Este trabajo puede servir como apertura en líneas de investigación para evaluar los pacientes nacidos posterior a la pandemia y observar el impacto epidemiológico.

DIFERENCIAS ENTRE PRODUCTIVIDAD QUIRÚRGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19 Y EL AÑO PREVIO EN UNA UNIDAD DE TERCER NIVEL, ESTUDIO COMPARATIVO

Autor: Eduardo Vásquez Gutiérrez
Coautores: Marco Antonio Espinosa Tamez, Ibraim Soto García, Sandra Patricia Mota Díaz
Ponente: Marco Antonio Espinosa Tamez
Institución: Hospital De Especialidades UMAE 25, IMSS.

FUNDAMENTO: Derivado de la declaración de emergencia sanitaria nacional por COVID-19, la reconversión hospitalaria, implementación de protocolos de prevención y saturación de los servicios de salud impactaron la productividad de los servicios de cirugía pediátrica (SCPs). Evidencia sobre su magnitud en México es escasa.

PROPOSITO: Evaluar: ¿hubo diferencia en cantidad de emergencias en el SCP durante la pandemia por COVID-19, comparado con el año previo, en un hospital de tercer nivel (HTN)?

MATERIAL Y MÉTODOS: Escenario: HTN, público, cobertura a población pediátrica de provincia n=2,078,329. Participan: Cirujanos pediatras y Oncocirujano pediatra con >20 años de experiencia y residente de último año de cirugía pediátrica. Participantes: procedimientos quirúrgicos realizados por el SCP entre mar'19-feb'21 en pacientes menores de 16 años. Exclusiones: procedimientos realizados fuera de quirófano, colocación de catéter venoso central (CVC) y procedimientos suspendidos. Intervención: Todos los procedimientos realizados en quirófano por el SCP incluyendo cirugía pediátrica general y oncológica pediátrica. Variables: desenlace de estudio: número de cirugías (CXs) realizadas; variable independiente: periodo (prepandemia: mar'19-feb'20; pandemia: mar'20-feb'21); covariables: tipo de CX (pediátrica/oncológica), clasificación (electiva/urgencia) y si sólo se colocó CVC.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: Obtenida de forma retrospectiva de sábanas quirúrgicas del registro del Departamento de quirófano del HTN. Evaluación de las variables sin sesgo: capturistas cegados a la exposición, desenlace y covariables de interés. Registro de todas las CXs a cargo del SCP para evitar sesgos durante captura. Tamaño de la muestra: Total de procedimientos (n=809) de pacientes pediátricos operados por el SCP en el quirófano del HTN. Análisis estadístico: Cálculo de frecuencias y cambios porcentuales en los periodos, estratificando por covariables.

Comparación de procedimientos por mes por periodo realizada con Prueba T pareada, nivel de significancia: 0.05. Análisis con paquete estadístico R. Resultados: Del total de 809 procedimientos, el 42.7% (343) se realizaron en periodo de pandemia (P-PND), y el 57.3% (466) se realizaron en el periodo prepandemia (P-PRE). Los CVC representaron el 17.7% (143) de los procedimientos, aumentando significativamente ($p=0.005$) 64.8% durante el P-PND. Excluyendo los CVC, se realizaron 666 CXs totales, disminuyendo significativamente en 38.3% en el P-PND ($p=0.0002$). Las CXs electivas disminuyeron 43.6% ($p=0.0008$). Por tipo de procedimiento, las CXs pediátricas generales disminuyeron 38.9% ($p=0.001$) y oncológicas un 36.1% ($p=0.026$) durante el P-PND comparado con P-PRE. No hubo diferencia significativa en la cantidad de CXs de urgencia en P-PRE (54) y P-PND (52), ni en proporción de CXs oncológicas sobre el total. Discusión: Se observó un aumento en CVC colocados en quirófano durante el P-PNP pues al no haber programación habitual, había tiempos quirúrgicos para procedimientos habitualmente realizados en piso de hospitalización. Aunque se observó una disminución en CXs electivas, no observamos esto en las CX de urgencia, debido a que las urgencias de la unidad son en su mayoría de hemato-oncología, cuya atención no puede ser diferida. Es posible que la proporción de procedimientos de oncocirugía (del total de CX) no cambiara debido a que las CXs pediátricas de pacientes internados, que normalmente son referidas a hospitales de segundo nivel (unidades reconvertidas), se realizaron en nuestro HTN. **CONCLUSIÓN:** La reconversión a unidad hospitalaria híbrida para atención de pacientes con COVID-19 y la implementación de triaje de necesidad quirúrgica para priorizar atención conllevaron a una disminución del 38.3% en el número de CXs (excluyendo CVC) por el SCP comparadas con el año previo, manteniéndose sin disminuir las CXs de urgencias y accesos vasculares.

**DETERMINACIÓN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES
PRETÉRMINO CON ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE EN DOS HOSPITALES
PERINATALES DE LA CIUDAD DE TOLUCA: SERIE DE CASOS.**

Autor: Gerardo Fernández Ortega
Coautores: Gabriela Del Carmen Morón García,
Ponente: Gerardo Fernández Ortega
Institución: Hospital de Ginecología y Obstetricia IMIEM /
Hospital Perinatal Mónica Pretelini Sáenz ISEM

ANTECEDENTES. La enterocolitis necrotizante (ECN), enfermedad inflamatoria intestinal adquirida del recién nacido pretérmino que actualmente es la urgencia quirúrgica más común en la etapa neonatal. La determinación de cuándo el paciente requiere manejo quirúrgico permanece controversial entre los cirujanos pediatras, siendo un factor que puede determinar el pronóstico del paciente. El objetivo del estudio es determinar las características clínicas, indicaciones tomadas en cuenta para considerar manejo quirúrgico y mortalidad, en una cohorte de pacientes pretérmino en dos hospitales perinatales de la ciudad de Toluca.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo, transversal. Participantes: pacientes recién nacidos menores de 36 semanas de gestación con diagnóstico de ECN etapa Ila o mayor (según criterios de Bell), hospitalizados en la UCIN de dos hospitales perinatales de la ciudad de Toluca, de 2015 a 2019. Se realizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central.

RESULTADOS. Encontramos 112 pacientes con ECN en fase definitiva. De ellos, 21 requirieron cirugía (18.7%). Once pacientes (52.4%) fueron femeninos. Mediana de semanas de gestación: 33.4 (rango 29.6 – 36). La media de edad fue de 11.8 días y de peso 1456 gramos. Las indicaciones para considerar cirugía se dividieron en 4 grupos: deterioro clínico 7 pacientes (33.3%), hallazgos radiográficos 5 pacientes (23.8%), paracentesis positiva 3 pacientes (14.3%) y por alteraciones de laboratorio 6 pacientes (28.6%). Los hallazgos radiográficos encontrados fueron: neumoperitoneo en 2 pacientes (9.5%), gas en vena porta en 1 paciente (4.8%) y neumatosis extensa 2 pacientes (9.5%). Hallazgos de laboratorio predominantes fueron: trombocitopenia en 3 pacientes (14.3%), leucopenia 1 paciente (4.8%), hiponatremia 2 pacientes (9.5%). En cuanto a la intervención quirúrgica realizada: laparotomía exploradora (LAPE) en 11 pacientes (52.4%), drenaje peritoneal (DP) en

2 pacientes (9.5%) y DP seguido por LAPE en 8 pacientes (38.1%). Los procedimientos fueron: derivación intestinal 8 pacientes (38.1%), anastomosis 4 pacientes (19%), derivación y anastomosis intestinal 7 pacientes (33.3%). Tres pacientes (14.3%) desarrollaron intestino corto. La mortalidad fue de 38.1% (8 pacientes).

DISCUSIÓN. La indicación para realizar cirugía fue principalmente encontrar un deterioro clínico del paciente a pesar de una terapéutica médica máxima. La guía radiográfica ocupó el tercer lugar, es evidente la baja presentación de neumoperitoneo únicamente en 2 pacientes, a pesar de que la indicación absoluta de cirugía es la presencia de aire libre en cavidad. En la mayoría de los casos se realizó LAPE y DP como terapia única solo en 2 pacientes. Dentro de la cirugía el procedimiento más realizado fue la derivación intestinal. La mortalidad permanece alta, ya que en estudios previos realizados en nuestro medio la mortalidad del paciente quirúrgico neonatal es de 19%. La principal limitación del estudio es la poca cantidad de pacientes.

CONCLUSIÓN. Son muy variadas las indicaciones utilizadas para considerar manejo quirúrgico en el paciente con ECN, la considerada como absoluta tiene una baja presentación. La detección del momento óptimo de cirugía es relevante para reducir la mortalidad por ECN.

DRENAJE TIPO PENROSE ¿DISMINUYE LA INCIDENCIA DE ABSCESO POSTQUIRÚRGICO?

Autor: Roberto Miguel Damián Negrete
Coautores: Marijose De Cristo González Calvillo, Jaime Orozco Pérez, Christian Leonel Breuillet Barrera
Ponente: Marijose De Cristo González Calvillo
Institución: Hospital Civil De Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Jal.

FUNDAMENTO: Los pacientes con diagnóstico de apendicitis perforada, tienen más probabilidades de presentar complicaciones postoperatorias. Sabemos que existe controversia respecto al manejo de esta patología, ya que algunos autores sugieren el uso de antibióticos, restitución hídrica y cierre primario y otros tantos, continúan recomendando el uso de drenaje transperitoneal como una estrategia para disminuir complicaciones postoperatorias. En este contexto, el propósito de este estudio es compartir la evidencia recolectada de un centro hospitalario de tercer nivel.

PROPÓSITO: Estudio retrospectivo que tiene como finalidad compartir nuestra experiencia y describir la evolución post quirúrgica de los pacientes que han sido sometidos a una apendicectomía por diagnóstico de apendicitis complicada, en la cual se utilizó o no el uso de drenaje tipo penrose así como la asociación de complicaciones postquirúrgicas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrolectivo, longitudinal, analítico y comparativo de pacientes pediátricos con apendicitis fase v y complicaciones postquirúrgicas asociadas al uso o no de drenaje tipo penrose en un periodo de dos años en un centro de tercer nivel. Se realiza descripción con medidas de tendencia central y porcentajes. La edad promedio de la muestra fue de 10.4 (rango 2-14 años). Se dividieron en dos grupos: primer grupo (n=43) tratados sin colocación de drenaje transperitoneal, segundo grupo (n=102) con colocación de drenaje. De 145 pacientes incluidos, 88 recibieron la misma terapia antibiótica: cefalosporina de primera generación, amikacina y metronidazol. Criterios de exclusión: expediente digital incompleto, sin notas de seguimiento, notas postquirúrgicas que no especifican la fase de la apendicitis y/o sin evolución postoperatoria. Resultados: Del total de pacientes operados (n=229) se incluyeron 130 pacientes con evidencia de perforación y con absceso abdominal en cuadrante inferior derecho al momento del evento quirúrgico. La apendicitis perforada ocurrió más frecuentemente en el grupo de edad de 8 a 14 años (51%) con la mayor incidencia a los 9 años de vida. Relacionado a días de estancia intrahospitalaria, 7.4 días promedio para pacientes con apendicitis fase v, 10.6 días en el grupo con penrose, y 6 días en grupo sin penrose. De la muestra 40 pacientes con uso de drenaje tipo penrose que representa el 30.5 % de la muestra y 91 pacientes sin colocación de drenaje que corresponde al 69.5 %. De los cuales el 67% de los casos

recibió antibioticoterapia "estándar" (triple esquema 5-10 días) en los cuales el 26.1% de los pacientes ameritó colocación de penrose y en el 7.8 % no se colocó. De los pacientes que recibieron un esquema antibiótico distinto (32.8% de la muestra) al 37% se le colocó penrose y 62% sin éste. Respecto a las complicaciones, 4% fueron derivados, 7.5% con colocación de penrose, 1% sin colocación de penrose. Dentro de las complicaciones en el seguimiento postquirúrgico se encontró que 15.2% se presentó absceso intraperitoneal, 25% con drenaje y 12% sin drenaje. Se reportaron 9 casos con dehiscencia de herida quirúrgica en los cuales 10% se colocó drenaje y 0.4% no se coloca drenaje.

DISCUSIÓN: considerando los diversos factores que contribuyen a la perforación apendicular, en este momento y a pesar de los criterios de selección, la calidad de la evidencia es muy baja, se encontró que el uso del drenaje intraperitoneal en pacientes con apendicitis complicada se asocia a más días de estancia intrahospitalaria, más incidencia de complicaciones, y mayor frecuencia de absceso postquirúrgico, lo que representa la necesidad de establecer protocolos para colocación y seguimiento de los drenajes, realización oportuna de estudios de imagen que documenten la remisión de absceso intraperitoneal, verificación de coberturas antibióticas y el tratamiento de las infecciones del sitio quirúrgico, con la finalidad de implementar un sistema de vigilancia que mejore la calidad de atención intrahospitalaria de los pacientes que presentan esta patología. Además, será necesario realizar estudios prospectivos en los cuales se considere el inicio del tratamiento médico así como estandarización de la terapia antibiótica. Los resultados de nuestro análisis son similares a la bibliografía consultada, encontrando en nuestro grupo de análisis que los pacientes a quienes no se les coloca drenaje son menos propensos a complicaciones en comparación a aquellos en quienes si se instauró un drenaje peritoneal.

CONCLUSIONES: Identificamos las tendencias en el manejo de pacientes en nuestro hospital y a pesar de que no podemos comprobar la eficacia del drenaje peritoneal en la prevención de abscesos postquirúrgicos, nuestros resultados promoverán la realización de estudios prospectivos que permitan prescindir del uso del drenaje intraperitoneal en pacientes pediátricos con apendicitis complicada.

**CASUÍSTICA DE UNA DÉCADA DE INGESTA DE
CÁUSTICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

Autor: Carlos Andrés Colunga Tinajero
Coautores: Guillermo Yanowsky Reyes, Rocío Guadalupe Cano Arias,
Christian Leonel Breuillet Barrera
Ponente: Carlos Andrés Colunga Tinajero
Institución: Hospital Civil De Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Jal.

FUNDAMENTO: La ingesta de cáusticos es un grave problema médico social que puede comprometer diversos sitios del tubo digestivo, situaciones susceptibles de ser prevenidas que generan una morbimortalidad importante que puede afectar la calidad de vida de los pacientes afectados según el manejo otorgado.

PROPOSITO: Determinar la incidencia de quemadura esofágica por ingesta de cáusticos y su manejo en un hospital de tercer nivel en el periodo entre enero 2010 a Enero 2020.

MATERIAL Y METODOS: Escenario. Hospital de tercer nivel, publico, cuya población pertenece al occidente del país donde participaron cirujanos pediatras endoscopistas y anestesiólogos pediatras. Participantes. Pacientes entre 1 mes a 14 años 11 meses ingresados al servicio de cirugía pediátrica con diagnóstico de ingesta de cáusticos. Intervención. Se realiza endoscopia diagnóstica posterior a la ingesta de causticos tras haber transcurrido 12-48 horas del consumo, con endoscopias subsecuente según requerimientos diagnosticos/terapéuticos Variables. Genero, grupo etario, clasificación Zargar, tipo de manejo utilizado, presencia de complicaciones. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo cuya informacion se obtuvo del expediente clinico.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se midieron los resultados cualitativos descritos mediante frecuencia y porcentaje, utilizando Microsoft Excel, version 14.4.5.

RESULTADOS: Se obtuvieron en total 218 pacientes de los cuales se excluyen 24 por presentar expediente incompleto, finalmente incluyendo 194 pacientes que cumplieron criterios de inclusión. Se registraron un promedio 19.4 casos por año. Con 158 casos del sexo masculino (81%). La mediana de edad fue de 2 años, siendo más frecuente en prescolares (52.5%). Un 71.6% de los pacientes ingirió álcalis. Al momento

de la revisión inicial el 46.9% presentaban lesiones, con la distribución por clasificación zargar siendo 25.8% grado 0 con 0% de estenosis, 9.8% grado I con 5.2% de estenosis, 17.5% grado IIA con 29.4% de estenosis, 8.8% grado IIB con 70.5% de estenosis, 11.9% grado IIIA con 65.2% de estenosis, 5.2% grado IIIB con 90% de estenosis y 21.1% perteneciente al grupo de pacientes que arribaron tras 72 horas de los cuales 78% desarrollo estenosis. El 48% de presento complicaciones: 40.7% estenosis, 3% perforación y 1% fistula. Con 51% ameritando de manejo medico exclusivo, 37.7% requirieron solo de dilataciones y el 11.3% ameritando sustitución esofágica.

DISCUSIÓN: Desde 1966 la OMS ha reportado que los países en desarrollo presentan un alto grado de lesiones en niños menores de 5 años. En nuestro estudio este mismo grupo de edad reporte una incidencia y numero de intervenciones quirúrgicas muy parecidas a las reportadas en la bibliografía.

CONCLUSIÓN: La ingesta de sustancias cáusticas continúa siendo un problema grave de salud, por lo que establecer estrategias de prevención es prioritario para disminuir la morbimortalidad. El papel de la endoscopia diagnóstica durante el evento agudo es clave para detectar a los pacientes que pueden presentar complicaciones, para dar tratamiento oportuno y con ello mejorar la calidad de vida de los niños.

RESULTADO EN EL MANEJO DE PACIENTES CON GASTROSQUISIS COMPLICADA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA, ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO DESDE EL 2014 AL 2021

Autor: Carlos Gutiérrez Avalos
Coautores: Alma Verónica Martínez Luis, Cristian Rubén Zalles Vidal, Alejandro Peñarrieta Daher
Ponente: Carlos Gutiérrez Avalos
Institución: Hospital Infantil de México Federico Gómez, CDMX.

FUNDAMENTO: Se trata del primer estudio nacional que describe los resultados obtenidos en el manejo quirúrgico de pacientes con de gastrosquisis complicada y en el que compara sus resultados con otras series internacionales. Propósito: Comparar los resultados obtenidos con el tratamiento médico y quirúrgico implementado en los pacientes con gastrosquisis complicada en un hospital de referencia en México con otras series internacionales.

OBJETIVOS: 1. Describir la incidencia de gastrosquisis complicada, su causa específica y las diferentes estrategias quirúrgicas empleadas para su manejo. 2. Describir las complicaciones que se presentan durante su hospitalización y posterior a su alta. 3. Comparar series internacionales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de cohorte retrospectivo transversal, analítico, realizado en centro de referencia de tercer nivel, en la capital del país. Se incluye un total de 133 pacientes con gastrosquisis atendidos en nuestro hospital desde enero del 2014 a marzo del 2021 de los cuales 13 presentaron algún tipo de gastrosquisis complicada. Se excluyen a pacientes tratados quirúrgicamente en otro hospital. Las variables analizadas fueron tipo de gastrosquisis complicada, tipo de intervención quirúrgica, número de cirugías, días de hospitalización, días en tolerar vía oral, días de nutrición parenteral total, oclusión intestinal, sepsis durante su hospitalización, muerte durante su hospitalización, muerte después del alta. La recolección de la información se realizó de forma retrospectiva analizando expediente clínico físico y electrónico, el seguimiento se realizó por vía telefónica y en la consulta externa. El análisis estadístico comparativo fue multivariado entre pacientes con y sin gastrosquisis complicada, utilizando para variables cuantitativas T de Student y para variables categóricas X².

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio a un total de 132 pacientes con gastrosquisis con un seguimiento de 60 meses, 13 de ellos presentaron gastrosquisis complicada. La incidencia de cada tipo de gastrosquisis complicada fue: atresia intestinal (n = 8), vólvulo con necrosis (n = 4) y perforación intestinal (n=1) En la serie también se presentaron otras complicaciones abdominales no consideradas como gastrosquisis complicada pero que también le confieren una mayor morbilidad como son ECN médica (n =6), ECN quirúrgica (n = 2) y gastrosquisis evanescente (n =3) Ningún paciente con gastrosquisis complicada murió durante su primer internamiento, dos murieron después del alta un por desequilibrio hidroelectrolítico secundario a síndrome de intestino corto.

DISCUSIÓN: La tasa de mortalidad informada en la literatura para pacientes con gastrosquisis compleja es menor del 30% en los países desarrollados y tan alta como el 100% en los países subdesarrollados. En nuestra serie los pacientes con gastrosquisis complicada presentaron una mortalidad del 15.3% esto secundario a complicaciones de síndrome de intestino corto, probablemente debido al pobre seguimiento de estos pacientes en particular. Conclusión: La gastrosquisis puede complicarse por una amplia variedad de eventos prenatales y posnatales, sin embargo, la presencia de estas complicaciones no afectó la supervivencia global comparado con la cohorte de pacientes con gastrosquisis no complicada en nuestra experiencia.

**EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON HIPERINSULINISMO
CONGÉNITO OPERADOS CON PANCREATECTOMÍA SUBTOTAL EN UN HOSPITAL
DE TERCER NIVEL, ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL 2009 AL 2021**

Autor: Miguel Astudillo Córdova
Coautores: Cristian Ruben Zalles Vidal, Alejandro Peñarrieta Daher,
Ponente: Miguel Astudillo Córdova
Institución: Hospital Infantil de México Federico Gómez, CDMX.

FUNDAMENTO: El hiperinsulinismo congénito es una enfermedad muy rara, caracterizada por presentar hipoglicemias severas y persistentes, que puede llegar a manifestarse con alteraciones neurológicas como convulsiones, letargia e incluso apneas. Es por eso que, su oportuno diagnóstico y consiguiente resolución quirúrgica se considera una herramienta útil para evitar daños irreversibles en nuestros pacientes. Propósito: Describir los resultados obtenidos en pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico con Hiperinsulinismo congénito en un Instituto de referencia nacional y de alta concentración de pacientes.

OBJETIVO: Describir la incidencia de Hiperinsulinismo congénito operado en nuestro hospital. Mencionar edad al momento de diagnóstico y describir síntomas con los que debutó su patología. Detallar los hallazgos quirúrgicos, resultados y evolución de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Instituto de referencia de 3er nivel, y de alta concentración de pacientes, público, con atención pacientes de edad pediátrica, sin ninguno tipo de seguridad privada ni social, con atención en capital: Pacientes pediátricos atendidos en nuestra institución con diagnóstico de Hiperinsulinismo congénito, y que requirieron tratamiento de resolución quirúrgica desde Enero 2016 a Julio 2021. Se excluyen pacientes cuyo diagnóstico de hiperinsulinismo fue transitorio o por alguna causa secundaria y que no requirieron resolución quirúrgica. Variables: Edad al momento del diagnóstico, síntomas con los que debuta el paciente, manejo clínico, tiempo desde ingreso al hospital hasta la cirugía y desde la cirugía hasta su egreso, complicaciones durante su estancia, tiempo hasta normalización de glicemia, manejo postoperatorio.

RECOLECCIÓN DE DATOS: Retrospectivo. Evaluación de las variables sin sesgo. Tamaño de la muestra: 5 Pacientes. Análisis estadístico: Pruebas de tendencia central, no paramétricas.

Resultados: En los últimos 5 años, desde el 2016 hasta la fecha, se han detectado 5 pacientes con datos de Hiperinsulinismo congénito que requirieron resolución quirúrgica. Todos fueron operados con abordaje laparoscópico, dos se operaron en el primer mes de vida, dos a los dos meses y 1 a los 6 meses de edad. Ningún paciente requirió reoperaciones. El patrón histológico por patología fue predominantemente difuso. Dos pacientes requirieron ser operados de gastrostomía para recibir alimentación en infusión continua. Todos los pacientes tienen actualmente glicemias controladas, pero 4 de 5 pacientes continúan con medicación (octreotide), y todos están con desarrollo psicomotor acorde a edad según su última valoración.

DISCUSIÓN: La hipoglucemia es una alteración que podría ser desencadenada por varios factores. Debuta generalmente en pacientes menores de 1 año y sobre todo en recién nacidos. De estas el Hiperinsulinismo congénito es una de las causas más comunes y es la patología que abordada en este trabajo. Se debe mantener niveles de glucosa mínima entre 50 y 60 mg/dL, el diazóxido constituye la primera opción de tratamiento, pero el octreotide es más fácil de adquirir en nuestro medio. In embargo no debe retrasarse el tratamiento quirúrgico, siendo la pancreatectomía subtotal (90-95%) la siguiente alternativa más adecuada según la literatura.

CONCLUSIÓN: El tratamiento quirúrgico no debe retrasarse cuando no se puede mantener glicemias adecuadas con el tratamiento médico y se sospecha de hiperinsulinismo congénito; y la pancreatectomía subtotal con abordaje laparoscópico una alternativa eficaz para controlar la enfermedad y evitar complicaciones irreversibles.

PREMIACIÓN TRABAJOS DEL CONGRESO:

MEJOR TRABAJO DEL CONGRESO NACIONAL.

"CATETERISMO DE LA VENA YUGULAR INTERNA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS, Y HEMODINAMIA DEL FLUJO SANGUÍNEO ARTERIAL CEREBRAL".

*AUTOR: FERNANDO FÉLIX MONTES TAPIA
PONENTE: DRA. ADRIANA NIETO SAN JUANERO
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN,
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ E. GONZÁLEZ"*

1ER. LUGAR DE TRABAJOS LIBRES

"RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y ONCOLÓGICOS DE UNA SERIE DE CASOS DE TUMORES HEPÁTICOS MALIGNOS TRATADOS EN UN CENTRO INTEGRAL DE CÁNCER PEDIÁTRICO"

*AUTOR Y PONENTE: DR. PABLO GALLO STETA
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ*

2do. LUGAR DE TRABAJOS LIBRES

"DIRECCIÓN DE PUNCIÓN DE VENA YUGULAR INTERNA DERECHA EN NEONATOS. SERIE DE CASOS"

*AUTOR: DR. FERNANDO FÉLIX MONTES TAPIA
PONENTE: DRA. ZELENIA GARCÍA ALCUDIA,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN,
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ E. GONZÁLEZ"*

3ER. LUGAR DE TRABAJOS LIBRES

"ENTEROCOLITIS NECROSANTE POSTERIOR A LA REPARACIÓN DE GASTROSQUISIS, UNA COMPLICACIÓN POCO DESCRITA. COHORTE RETROSPECTIVA EN UN CENTRO DE REFERENCIA 2014-2021".

*AUTOR Y PONENTE: DRA. ALMA VERÓNICA MARTÍNEZ LUIS
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ*

1ER. LUGAR CASOS CLINICOS

"DUPLICACIÓN COLÓ-RECTAL CON FÍSTULA RECTOVESTIBULAR TRATADA MEDIANTE UN ABORDAJE TRANSANORRECTAL ANTERIOR".

*AUTOR: DR. EMILIO JOSÉ FERNÁNDEZ PORTILLA
PONENTE: DR. ALFREDO DOMÍNGUEZ MUÑOZ
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ*

2do. LUGAR CASOS CLINICOS

"RECONSTRUCCIÓN DE ANTEBRAZO POST-SECUELA DE OSTEONDROMA EN CUBITO DERECHO POR MEDIO DE INJERTO DE PERONÉ VASCULARIZADO".

*AUTOR Y PONENTE: DR. DAVID ESTUDILLO ANTONIO
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL NIÑO DR. RODOLFO NIETO PADRON.*

3ER. LUGAR CASOS CLÍNICOS

"SECCIÓN TRAQUEOESOFÁGICA POR DEGOLLAMIENTO, CASO CLÍNICO"

*PONENTE Y AUTOR: DRA. ROCÍO GUADALUPE CANO ARIAS
HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIO ALCALDE"*

**ESTA OBRA SE TERMINO DE MAQUETAR
EL 23 DE SEPTIEMBRE DEL 2021 EN LAS OFICINAS DEL
COLEGIO Y SOCIEDAD MEXICANOS DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA, A.C.
SAN FRANCISCO 657A INT. 11A, COL. DEL VALLE CENTRO,
ALC. BENITO JUÁREZ, C.P. 03100, CIUDAD DE MÉXICO, MEXICO.**