

LVI  **2024**

**CONGRESO NACIONAL
DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA**

11 AL 15 DE SEPTIEMBRE 2024

MAZATLÁN

**MEMORIAS
DEL CONGRESO**



MESA DIRECTIVA
SOCIEDAD MEXICANA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA Y
COLEGIO MEXICANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
2021 ~ 2023

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
COORDINADOR
COMITÉ CIENTÍFICO

DR. RICARDO VILLALPANDO CANCHOLA
DR. JUAN DOMINGO PORRAS HERNÁNDEZ
DR. PABLO LEZAMA DEL VALLE
DRA. MA. TERESA CANO RODRÍGUEZ
DR. JOSÉ ALEJANDRO RUIZ MONTAÑEZ

COMITÉ CIENTÍFICO

DR. JOSÉ ALEJANDRO RUIZ MONTAÑEZ



PRESIDENTES DE COLEGIO:

COLEGIO DE CIRUJANOS PEDIATRAS CAPÍTULO CHIHUAHUA	DR. LUIS RICARDO GARCÍA VÁZQUEZ
COLEGIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE JALISCO A.C.	DR. SERGIO ADRIAN TRUJILLO PONCE
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. JUAN ANTONIO VACAS PARTIDA
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.	DRA. MARBELLA SEPULVEDA VALENZUELA
COLEGIO DE CIRUJANOS PEDIATRAS DE YUCATÁN, A.C.	DR. WILHEM H. CERÓN GRAJALES
COLEGIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL ESTADO DE QUINTANA ROO, A.C.	DR. LUIS ARTURO PONCE ROSAS
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 RODRÍGUEZ 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. MANUEL TRINIDAD LÓPEZ VÁZQUEZ
COLEGIO DE CIRUJANOS PEDIATRAS CAPITULO CD. JUAREZ	DR. HUGO STAINES OROZCO
COLEGIO DE CIRUGIA PEDIATRICA DE TABASCO A.C.	DR. VICENTE SÁNCHEZ PAREDES
COLEGIO DE CIRUJANOS PEDIATRAS DEL ESTADO DE GUANAJUATO, A.C	DR. JUAN MANUEL ALCANTAR FIERROS

CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA 2022 ~ 2024

PRESIDENTE DR. CARLOS FERNANDO MOSQUEIRA MONDRAGÓN

VICEPRESIDENTE

SECRETARIO DR. JUAN CARLOS DUARTE VALENCIA

TESORERA DRA. KARLA ALEJANDRA SANTOS JASSO

COORDINADOR
DEL COMITÉ
DE EVALUACIÓN DR. ALEJANDRO ALBERTO PEÑARRIETA DAHER

VOCALES:

CDMX DR. EDGAR FERNANDO OLIVER GARCÍA

ZONA CENTRO DR. JUAN DOMINGO PORRAS HERNÁNDEZ

ZONA NOROESTE DRA. ALBA ROCÍO BARRAZA LEÓN

ZONA NORESTE DR. JORGE ALBERTO CANTÚ REYES

ZONA OCCIDENTE DR. JOSÉ ANTONIO GUTIÉRREZ UREÑA

ZONA ORIENTE DRA. MA. TERESA CANO RODRÍGUEZ

ZONA SURESTE DR. CÉSAR MAURICIO CALDERÓN ALIPI

SOCIEDAD MEXICANA DR. GERARDO IZUNDEGUI ORDOÑEZ

DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DR. GUILLERMO YANOWSKY REYES

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
DR. ANTONIO FRANCISCO GALLARDO MEZA	2019-2021
DR. GERARDO IZUNDEGUI ORDOÑEZ	2021-2023

CONGRESOS

NO. DE CONGRESO	AÑO	LUGAR
I	1968	México, D.F.
II	1969	México, D.F.
III	1970	Mazatlán, Sin.
IV	1971	Puebla, Pue.
V	1972	Guadalajara, Jal.
VI	1973	San Juan del Río, Qro.
VII	1974	Monterrey, N.L.
VIII	1975	Acapulco, Gro.
IX	1976	Hermosillo, Son
X	1977	Morelia, Mich.
XI	1978	Taxco, Gro.
XII	1979	Oaxaca, Oax.
XIII	1980	Acapulco, Gro.
XIV	1981	Mérida, Yuc.
XV	1982	Ixtapan de la Sal, Edo. Mex.
XVI	1983	Guanajuato, Gto.
XVII	1984	Guadalajara, Jal.
XVIII	1985	Ixtapa Zihuatanejo, Gro.
XIX	1986	San Luis Potosí, S.L.P.
XX	1987	Monterrey, NL.
XXI	1988	Villahermosa, Tab.
XXII	1989	Puebla, Pue.
XXIII	1990	Puerto Vallarta, Jal.
XXIV	1991	Torreón, Coah.
XXV	1992	Mazatlán, Sin.
XXVI	1993	Huatulco, Oax.
XXVII	1994	Tijuana, B.C.
XXVIII	1995	Morelia, Mich.
XXIX	1996	Puerto Vallarta, Jal.
XXX	1997	Zacatecas, Zac.
XXXI	1998	Cancún, Quintana Roo
XXXII	1999	Aguaascalientes, 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
LIV	2022	Tijuana, B.C.
LV	2023	Cancún, Quintana Roo.

MESAS DIRECTIVAS Y CONGRESOS

MESA DIRECTIVA 1957-1959

PRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
VOCAL

CARLOS SARIÑANA NATERA
EDUARDO VILLALPANDO DEL VALLE
OSCAR GARCÍA PÉREZ
FRANCISCO LEÓN DÍAZ

MESA DIRECTIVA 1959-1961

PRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
VOCAL

DR. JESÚS LOZOYA SOLÍS

MESA DIRECTIVA 1961-1963

PRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
VOCAL

DR. FELIPE CACHO DE LA FUENTE

MESA DIRECTIVA 1963-1965

PRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
VOCAL

DR. RICARDO GONZÁLEZ RUIZ

MESA DIRECTIVA 1965-1967

PRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
VOCAL

DR. OVIDIO PEDRAZA CHANFREAU

MESA DIRECTIVA 1967-1971

PRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
VOCAL

DR. ARTURO SILVA CUEVAS
DR. RODOLFO FRANCO VÁZQUEZ
DR. JORGE ALAMILLO LANDÍN
DR. CARLOS GARGÍA IRIGOYEN

I REUNIÓN
II REUNIÓN
III REUNIÓN
IV REUNIÓN

MÉXICO, D.F. 1968
MÉXICO, D.F. 1969
MAZATLÁN, SINALOA; 1970
PUEBLA, PUEBLA; 1971

MESA DIRECTIVA 1971-1975

PRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
VOCAL

DR. RODOLFO FRANCO VÁZQUEZ
DR. JOAQUÍN AZPIROZ CONTRERAS
DR. EDUARDO A. LÓPEZ DEL PASO
DR. JESÚS DE RUBENS VILLALVAZO
DR. HÉCTOR RODRÍGUEZ MENDOZA
DR. JORGE CASTAÑÓN MORALES 1971-1973
DR. ARMANDO E. OTERO RÍOS 1973-1975

V REUNIÓN
VI REUNIÓN
VII REUNIÓN
VIII REUNIÓN

GUADALAJARA, JALISCO; 1972
SAN JUAN DEL RÍO, QUERÉTARO; 1973
MONTERREY, NUEVO LEÓN; 1974
ACAPULCO, GUERRERO; 1975

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 VILLAFÁÑA 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 VILLAFÁÑA 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
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
COMITÉ CIENTÍFICO

DRA. CARMEN M. LICONA ISLAS
DR. JOSÉ ANTONIO RAMÍREZ VELASCO
DR. GUSTAVO HERNÁNDEZ AGUILAR
DR. EDGAR MORALES JUVERA
DR. LUIS DE LA TORRE MONDRAGÓN

XLI CONGRESO
XLII CONGRESO

IXTAPA ZIHUATANEJO, GRO.; SEPTIEMBRE 2008
LEÓN GUANAJUATO; SEPTIEMBRE 2009

MESA DIRECTIVA 2009-2011

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
COMITÉ CIENTÍFICO

DR. JOSÉ ANTONIO RAMÍREZ VELASCO
DR. JALIL FALLAD VILLEGAS
DR. JAIME ÁNGEL OLVERA DURÁN
DR. JORGE HUERTA ROSAS
DR. EDGAR MORALES JUVERA

XLIII CONGRESO
XLIV CONGRESO

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS; SEPTIEMBRE 2010
GUADALAJARA, JALISCO; SEPTIEMBRE 2011

MESA DIRECTIVA 2011-2013

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
COMITÉ CIENTÍFICO

DR. JALIL FALLAD VILLEGAS
DR. EDGAR MORALES JUVERA
DR. JOSE MANUEL TOVILLA MERCADO
DR. RICARDO M. ORDORICA FLORES
DR. PEDRO JIMÉNEZ URUETA

XLV CONGRESO
XLVI CONGRESO

CANCÚN, Q. ROO AGOSTO 2012
MONTERREY, N.L. SEPTIEMBRE 2013

MESA DIRECTIVA 2013-2015

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
COMITÉ CIENTÍFICO

DR. EDGAR MORALES JUVERA
DR. JUAN RAMON CEPEDA GARCÍA
DR. ANDRÉS DAMIÁN NAVA CARRILLO
DR. JOSÉ HUMBERTO VÁZQUEZ JACKSON
DR. PABLO LEZAMA DEL VALLE

XLVII CONGRESO
XLVIII CONGRESO

PUERTO VALLARTA, JAL. SEPTIEMBRE 2014
HUATULCO, OAXACA. SEPTIEMBRE 2015

MESA DIRECTIVA 2015-2017

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
COMITÉ CIENTÍFICO

DR. JUAN RAMON CEPEDA GARCÍA
DR. DR. ANDRÉS DAMIÁN NAVA CARRILLO
DR. RICARDO MANUEL ORDORICA FLORES
DR. VÍCTOR RAMÓN ANDRADE SEPÚLVEDA
DR. JORGE ALBERTO CANTÚ REYES

XLIX CONGRESO
L CONGRESO

CHIHUAHUA, CHIH. SEPTIEMBRE 2016
LOS CABOS, B.C. SEPTIEMBRE 2017

MESA DIRECTIVA 2017-2019

PRESIDENTE
VICEPRESIDENTE
SECRETARIO
TESORERO
COMITÉ CIENTÍFICO

DR. ANDRÉS DAMIÁN NAVA CARRILLO
DR. ANTONIO FRANCISCO GALLARDO MEZA
DR. RICARDO VILLAPANDO CANCHOLA
DR. JORGE HUMBERTO DELGADO GARCÍA
DR. JUAN DOMINGO PORRAS HERNÁNDEZ

LI CONGRESO
LII CONGRESO

RIVIERA MAYA, Q. ROO. SEPTIEMBRE 2018
MÉRIDA, YUC. SEPTIEMBRE 2019

MESA DIRECTIVA 2019-2021

PRESIDENTE	DR. ANTONIO FRANCISCO GALLARDO MEZA
VICEPRESIDENTE	DR. GERARDO IZUNDEGUI ORDOÑEZ
SECRETARIO	DR. JORGE HUMBERTO VÁZQUEZ JACKSON
TESORERO	DRA. BRENDA YOLANDA MORENO DENOGUEAN
COMITÉ CIENTÍFICO	DRA. KARLA ALEJANDRA SANTOS JASSO

LIII CONGRESO	LEÓN, GTO. SEPTIEMBRE 2020
LIII CONGRESO VIRTUAL	CANCELADO PANDEMIA COVID-19 ON-LINE, SEPTIEMBRE 2021

MESA DIRECTIVA 2021-2023

PRESIDENTE	DR. GERARDO IZUNDEGUI ORDOÑEZ
VICEPRESIDENTE	DR. RICARDO VILLALPANDO CANCHOLA
SECRETARIO	DR. GUILLERMO YANOWSKY REYES
TESORERO	DRA. LAURA CECILIA CISNEROS GASCA
COMITÉ CIENTÍFICO	DR. CARLOS GARCÍA HERNÁNDEZ

LIV CONGRESO	TIJUANA, B.C. SEPTIEMBRE 2022
LV CONGRESO	CANCÚN, Q. ROO. 2023



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 (CONGRESO MUNDIAL)
1980	XIII	ACAPULCO, GRO.	DR. JESÚS LOZOYA SOLÍS
1981	XIV	MÉRIDA, YUC.	DR. FRANCISCO LEÓN DÍAZ
1982	XV	IXTAPAN DE LA SAL, EDO. MEX	DR. ARTURO SILVA CUEVAS
1983	XVI	GUANAJAUTO, GTO.	DR. OSCAR GARCÍA PÉREZ
1984	XVII	GUADALAJARA, JAL.	DR. FRANCISCO BELTRÁN BROWN
1985	XVIII	IXTAPA ZIHUATANEJO, GRO.	DR. RODOLFO FRANCO VÁZQUEZ
1986	XIX	SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.	DR. JOAQUÍN AZPIROZ CONTRERAS
1987	XX	MONTERREY, N.L.	DR. JORGE ALAMILLO LANDÍN
1988	XXI	VILLAHERMOSA, TAB.	DR. BENIGNO ARREOLA SILVA
1989	XXII	PUEBLA, PUE.	DR. NICOLÁS MARTÍN DEL CAMPO
1990	XXIII	PUERTO VALLARTA, JAL.	DR. HÉCTOR H. RODRÍGUEZ MENDOZA
1991	XXIV	TORREÓN, COAH.	DR. EDUARDO A. LÓPEZ DEL PASO
1992	XXV	MAZATLÁN, SIN.	DR. CARLOS DAVID GONZÁLEZ LARA
1993	XXVI	HUATULCO, OAX.	DR. CECILIO BELIO CASTILLO
1994	XXVII	TIJUANA, B.C.	DR. JOSÉ LUIS VILLEGAS BORREL
1995	XXVIII	MORELIA, MICH.	DR. LUIS MARIO VILLAFAÑA GUIZA
1996	XXIX	PUERTO VALLARTA, JAL.	DR. GIOVANNI PORRAS RAMÍREZ
1997	XXX	ZACATECAS, ZAC.	DR. MIGUEL ALFREDO VARGAS GÓMEZ
1998	XXXI	CANCÚN Q. ROO.	DRA. EVELIA DOMÍNGUEZ GUTIÉRREZ
1999	XXXII	AGUASCALIENTES, AGS.	DR. JAIME NIETO ZERMEÑO
2000	XXXIII	VERACRUZ, VER.	DR. GERARDO BLANCO RODRÍGUEZ
2001	XXXIV	MANZANILLO, COL.	DR. FERNANDO VILLEGAS ÁLVAREZ
2002	XXXV	ACAPULCO, GRO.	DR. CARLOS CASTRO MEDINA
2003	XXXVI	CANCÚN Q. ROO.	DR. MARICELA ZÁRATE GÓMEZ
2004	XXXVII	CD. JUÁREZ, CHIH.	DR. RICARDO PENICHE GARCÍA
2005	XXXVIII	OAXACA, OAX.	DR. OSCAR MIGUEL AGUIRRE JÁUREGUI
2006	XXXIX	TAMPICO, TAMP.	DR. JAIME ANTONIO ZALDÍVAR CERVERA
2007	XL	MÉRIDA, YUC.	DRA. NADIA MÁRQUEZ CÓRDOVA
2008	XLI	IXTAPA ZIHUATANEJO, GRO.	DR. HÉCTOR M. AZUARA FERNÁNDEZ
2009	XLII	LEÓN, GTO.	DR. JOSÉ TREJO BELLIDO
2010	XLIII	TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS	DR. JORGE CASTAÑÓN MORALES
2011	XLIV	GUADALAJARA, JAL.	DR. PEDRO GABRIEL CHONG KING
2012	XLV	CANCÚN, Q. ROO.	DR. JUAN RAMÓN CEPEDA GARCÍA
2013	XLVI	MONTERREY, N., L.	DR. JOSÉ ANTONIO RAMÍREZ VELASCO
2014	XLVII	PUERTO VALLARTA, JAL.	DR. HUGO S. STAINES OROZCO
2015	XLVIII	HUATULCO, OAX.	DR. FELIPE DE J. DOMÍNGUEZ CHÁVEZ
2016	XLIX	CHIHUAHUA, CHIH.	EXPRESIDENTES (POR 60° ANIVERSARIO)
2017	L	LOS CABOS, B.C.S.	DR. HUMBERTO GALICIA NEGRETE
2018	LI	RIVIERA MAYA, Q. ROO.	DR. MARIO DÍAZ PARDO
2019	LII	MÉRIDA, YUC.	DR. LEOPOLDO TORRES CONTRERAS
2021	LIII	MODALIDAD VIRTUAL	DR. JOSÉ LUIS GAITÁN MORAN
2022	LIV	TIJUANA, B.C.	DR. ARTURO MONTALVO MARÍN
2023	LV	CANCÚN, QUINTANA ROO	

PROFESOR INVITADO NACIONAL

DR. JOSÉ REFUGIO MORA FOL

**PROFESOR EMERITO DE CIRUGIA
PEDIATRICA DEL C.M.N.RAZA**

PROFESOR DE CURSO CON RECONOCIMIENTO UNIVERSITARIO (UNAM) DE MÁS DE 30 GENERACIONES DE CIRUJANOS PEDIATRAS EN EL HOSPITAL GENERAL CMN LA RAZA Y DEL HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE PEMEX; Y ACTUALMENTE PROFESOR EXTERNO DEL CURSO DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL GENERAL CMN LA RAZA.

- PIONERO EN MÉXICO DE LA CORRECCIÓN DEL PECTUS EXCAVATUM CON LA TÉCNICA DE MÍNIMA INVASIÓN DEL DR NUSS (ORGANIZÓ Y DIRIGIÓ LOS PRIMEROS CURSOS CON EL DR NUSS EN MÉXICO PARA LA ENSEÑANZA Y REPRODUCCIÓN DE SU TÉCNICA) Y POSTERIORMENTE CON EL DR PARC LA ACTUALIZACIÓN Y MANEJO DE CASOS COMPLICADOS.

- FUE A CAPACITARSE EN CIRUGÍA DE TRÁQUEA AL INER PARA PODER TRATAR A UNA LISTA DE MÁS DE 100 PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS QUE ESTABAN EN ESPERA DE SER DECANULADOS, SIENDO UN REFERENTE NACIONAL EN EL MANEJO DE TRAQUEOPLASTIAS.

- FUE PIONERO DE LA MINIMA INVASION NEONATAL EN EL HOSPITAL GENERAL CMN LA RAZA AL INVITAR Y ORGANIZAR EL PRIMER CURSO NACIONAL DE CIRUGÍA NEONATAL CON EL DR. HOSSEIN ALLAL DE FRANCIA, Y PROMOVER SU DESARROLLO CON LAS NUEVAS GENERACIONES.

- ES UNO DE LOS POCOS CIRUJANOS PEDIATRAS MEXICANOS QUE TIENE LA CERTIFICACIÓN DEL CONSEJO MEXICANO DE TÓRAX.

- FUE PRESIDENTE DEL CMCP DONDE DURANTE SU GESTIÓN SENTÓ LAS BASES DE UNA EVALUACIÓN PROFESIONAL BASADA EN EL PERFIL DEL CIRUJANO PEDIATRA MEXICANO, CON ACTUALIZACIÓN DEL REGLAMENTO Y CÉDULAS DE EVALUACIÓN QUE PERSISTEN HASTA EL DÍA DE HOY.

SIN DUDA UN MAESTRO EN TODA LA EXTENSIÓN DE LA PALABRA, DEL CUAL SEGUIMOS APRENDIENDO LOS QUE TENEMOS LA FORTUNA DE SER SUS ALUMNOS Y DISCÍPULOS, MAESTRO DE LA CIRUGÍA PEDIÁTRICA EN MÉXICO QUE SIN LIMITES BUSCO EL CRECIMIENTO DE LA CIRUGÍA PEDIÁTRICA EN MÉXICO (SIN DISTINCIÓN DE ESCUELAS) PARA BENEFICIO DE LA NIÑEZ.

LA COMUNIDAD DE CIRUJANOS PEDIATRAS DE LA RAZA AGRADECEMOS LA NOMINACION PARA SER PROFESOR INVITADO NACIONAL EN EL CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA PEDIATRICA EN SEPTIEMBRE 2024.

**ATTE. DR HECTOR PEREZ LORENZANA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE CIRUGIA PEDIATRICA
DRA. LAURA CECILIA CISNEROS GAZCA
PROFESORA ADJUNTA**

PROFESORES DE CURSOS

LAPAROSCOPIA EN CANAL INGUINAL

“CURSO TEÓRICO PRÁCTICO”

COORDINADORES:

DR. CARLOS GARCÍA HERNÁNDEZ
DR. HÉCTOR PÉREZ LORENZANA

PROFESORES:

DRA. LOURDES CARVAJAL FIGUEROA
DRA. LAURA CECILIA CISNEROS GASCA
DR. EDER G. LEMUS CASTELAN
DR. RICARDO ORDORICA FLORES

TALLER DE BRONCOSCOPIA Y VÍA AERODIGESTIVA EN PEDIATRÍA PARA CIRUJANOS PEDIATRAS

“CURSO TEÓRICO PRÁCTICO”

COORDINADOR:

DR. GUILLERMO YANOWSKY REYES
DR. RICARDO VILLALPANDO CANCHOLA

PROFESORES:

DR. ROBERTO MIGUEL DAMIÁN NEGRETE
DRA. ROCÍO GUADALUPE CANO ARIAS
DR. ROGELIO SANCHO HERNÁNDEZ
DRA. DONAJÍ DE JESÚS RODRÍGUEZ ORTIZ
DR. JACOBO VELÁZQUEZ AVIÑA
DR. SERGIO SOBRINO COSSIO
DR. LUIS ANDRADE PARRA
DRA. KARIME SILVA MARTÍNEZ
DR. EDUARDO GONZALEZ ABOYTES
DR. JORGE EDUARDO MADRIÑAN RIVAS
DR. VICENTE SANCHEZ PAREDES

PROFESORES DE CURSOS**TERCERA CUMBRE DE CIRUGÍA
COLORRECTAL PEDIÁTRICA**

COORDINADORA:

DRA. KARLA ALEJANDRA SANTOS JASO

PROFESORES:

DR. ALFREDO DOMÍNGUEZ MUÑOZ

DR. EMILIO FERNÁNDEZ PORTILLA

DR. JOSÉ ALEJANDRO RUÍZ MONTAÑEZ

DR. LUIS CHÁVEZ TALAMANTES

DR. CUAUHTÉMOC BENJAMÍN SÁNCHEZ REYES

DR. FABIÁN SÁNCHEZ SAGASTEGÜI

DR. ERICK MANUEL TORO MONJARÁZ

DRA. KAREN IGNOROSA ARELLANO

DR. JOSÉ FRANCISCO CADENA LEÓN

DR. JOSÉ ASZ SIGALL

DR. JUAN ANTONIO VILLANUEVA HERRERO

DRA. DIANA CAROLINA GIRALDO CASTAÑO

DR. IGNACIO ADOLFO CHAVARRÍA DELGADO

DRA. ELIANE ANDREÉ HEFTYE SÁNCHEZ

DR. LUIS DE LA TORRE MONDRAGÓN

**ABORDAJE QUIRÚRGICO
PARA ESCROTAL PARA EL TRATAMIENTO
DE PATOLOGÍA INGUINAL**

COORDINADOR:

DR. RICARDO VILLALPANDO CANCHOLA

PROFESORES:

DR. FERNANDO CUÉLLAR

DR. EDGAR MORALES JUVERA

DR. ELÍAS RAMÍREZ VELÁZQUEZ

ACCESOS VASCULARES GUIADOS POR ULTRASONIDO

COORDINADOR:

DR. JOSÉ ALEJANDRO RUIZ MONTAÑEZ
DR. RICARDO VILLALPANDO CANCHOLA

PROFESOR TITULAR:

DR. EDUARDO MARTÍNEZ AQUINO

PROFESORES:

DR. EFRÉN MALAGÓN ARELLANO
DR. ADOLFO ÁLVAREZ CASTAÑEDA



CONFERENCIAS

DOMINANDO LAS TÉCNICAS DE IMPLANTACIÓN DE CATÉTERES DE LARGA DURACIÓN EN NIÑOS Y ESTRATEGIAS PARA PREVENIR COMPLICACIONES.

**DR. JUAN CARLOS DUARTE VALENCIA
HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA. TIJUANA, MÉXICO.**

**SIMPOSIO SOBRE AVANCES Y DESAFÍOS ACTUALES EN
CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA**

**COORDINADOR:
DR. PABLO LEZAMA DEL VALLE
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ". CDMX, MÉXICO**

DESARROLLO DE LA CIRUGÍA NEONATAL DE MÍNIMA INVASIÓN.

**DR. MIGUEL GUELFAND
CLEVELAND CLINIC CHILDREN'S HOSPITAL. CLEVELAND.**

**ASPECTOS CLAVES EN LA TOMA Y EL ESTUDIO DE LAS BIOPSIAS RECTALES
Y COLÓNICAS EN LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG, ANTES Y
DESPUÉS DEL DESCENSO.**

**DR. LUIS DE LA TORRE MONDRAGÓN
INTERNATIONAL CENTER FOR COLORECTAL AND UROGENITAL CARE
CHILDREN'S HOSPITAL COLORADO. DENVER, EUA.**

CALIDAD DE VIDA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA.

**DRA. MICHAELA DELLENMARK BLOM
SAHLGRENKA UNIVERSITY HOSPITAL. GÖTEBORG, SUECIA.**

**VEJIGA NEUROGÉNICA: EL ROL DEL CIRUJANO PEDIATRA Y LA
EXPERIENCIA DEL CONSULTORIO MULTIDISCIPLINARIO EN QATAR.**

**DR. SANTIAGO VALLASCIANI
SIDRA MEDICAL AND RESEARCH CENTER. DOHA, AD DAWHAH, QATAR.**

CONFERENCIAS

**CONFERENCIA DEL PRESIDENTE
DR. RICARDO VILLALPANDO CANCHOLA
CDMX, MÉXICO**

**CONFERENCIA DEL PROFESOR INVITADO NACIONAL
DR. JOSÉ REFUGIO MORA FOL
CDMX, MÉXICO**



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.

MIÉRCOLES 13 DE SEPTIEMBRE

	TRABAJOS LIBRES-CIRUGÍA NEONATAL	PÁGINA
07:00 - 07:10 HRS.	CALIDAD DE VIDA A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA CON OCLUSIÓN TRAQUEAL FETOSCÓPICA CON BALÓN (2013-2015) <i>HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO, FEDERICO GÓMEZ</i> <i>PONENTE: DRA. ELSA MARIANA ZÚNIGA LARA</i>	36
07:10 - 07:20 HRS.	EFFECTIVIDAD DE ESCALAS PREDICTIVAS PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENTEROCOLITIS NECROSANTE EN RECIÉN NACIDOS <i>UMAE, CENTRO MEDICO NACIONAL DEL BAJIO, HOSPITAL DE GINECO PEDIATRÍA No 48</i> <i>PONENTE: DRA. JESSICA ELIZABETH GARCÍA SOTO</i>	37
07:20 - 07:30 HRS.	"ATRESIA DUODENAL, 10 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL MANEJO" <i>HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO, FEDERICO GÓMEZ</i> <i>PONENTE: DR. OSCAR EDUARDO GÓNGORA PÉREZ</i>	38
07:30 - 07:40 HRS.	"ATRESIA ESOFÁGICA, SITUACION ACTUAL EN UN GRUPO DE CIRUJANOS INTERESADOS EN PROCESOS DE MEJORA" <i>VARIOS HOSPITALES</i> <i>PONENTE: DR. JOSE ASZ SIGALL</i>	39
07:40 - 07:47 HRS.	INVAGINACIÓN DUODENO-YEYUNAL SECUNDARIA A PÓLIPO HAMARTOMATOSO DUODENAL SOLITARIO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO <i>HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO, FEDERICO GÓMEZ</i> <i>PONENTE: DR. JESÚS ADRIAN DIAZ RIVERO</i>	40
07:47 - 07:54 HRS.	FÍSTULA BRONQUIO- ESOFÁGICA COMO COMPLICACIÓN EN PACIENTE CON REPARACIÓN ESOFÁGICA POR ATRESIA ESOFÁGICA TIPO C. <i>HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO</i> <i>PONENTE: DRA. KATHERINE BAUTISTA JIMÉNEZ</i>	41
07:54 - 08:01 HRS.	GASTROSQUISIS SIMPLE, COMPLICADA CON MÚLTIPLES PERFORACIONES, ABDOMEN CONGELADO Y PÉRDIDA DE DOMINIO ABDOMINAL. UN FINAL FELIZ. <i>HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO, FEDERICO GÓMEZ.</i> <i>PONENTE: DRA. DIANA ALONDRA CAYETANO CABRERA</i>	42

MIÉRCOLES 13 DE SEPTIEMBRE

PÁGINA

08:01 - 08:08 HRS. **USO DE VAC ESOFÁGICO EN FUGA ANASTOMÓTICA POR ATRESIA DE ESÓFAGO TIPO III. REPORTE DE CASO.** 43
HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL
 PONENTE: *DRA. RUBÍ BEATRIZ MARTÍNEZ CARMONA*

08:08 - 08:15 HRS. **SÍNDROME DE CHAOS MANEJO CON TRATAMIENTO EXIT.** 44
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
 PONENTE: *DRA. CINTHYA PAOLA ORTEGA MEJÍA*

TRABAJO LIBRE-MISCELÁNEOS

08:15 - 08:25 HRS. **COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES ASOCIADAS A CATÉTERES PUERTO EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.** 45
IMSS - UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD No. 25
 PONENTE: *DRA. SUSANA GALVÁN LOSADA*

08:25 - 08:35 HRS. **"EVALUACIÓN DE SEGURIDAD Y EFICACIA DEL PROTOCOLO TERAPÉUTICO DE RECUPERACIÓN ACELERADA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA EN NIÑOS CON APENDICITIS COMPLICADA"** 46
UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA DEL C.M.N. DE OCCIDENTE
 PONENTE: *DR. ISHTAR CABRERA LOZANO*

08:35 - 08:45 HRS. **"CORRELACIÓN ENTRE EL PUNTAJE DE ALVARADO Y DATOS ULTRASONOGRÁFICOS POSITIVOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS"** 47
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
 PONENTE: *DR. SAMUEL FERNÁNDEZ VALIÑAS*

08:45 - 08:55 HRS. **CIRUGÍA DE MÍNIMA INVASIÓN POR PUERTO ÚNICO Y PUERTOS REDUCIDOS. EXPERIENCIA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA EN MÉXICO.** 48
HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL
 PONENTE: *DR. ARTURO GUILLÉN CARDENAS*

08:55 - 09:05 HRS. **CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA EL MANEJO DE OBSTRUCCIONES DUODENALES, 10 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN EL NORTE DE MÉXICO** 49
HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL
 PONENTE: *DR. JOEL CAZARES RANGEL*

MIÉRCOLES 13 DE SEPTIEMBRE

PÁGINA

09:05 - 09:30 HRS. ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE RESULTADOS NEST TRIAL

DR. MARTÍN BLANKELY
UNIVERSITY OF TEXAS

09:30 - 10:00 HRS. RECESO

10:00 - 11:00 HRS. MESA REDONDA: OBSTRUCCIÓN INTESTINAL NEONATAL

COORDINADOR: DR. CRISTIAN RUBÉN ZALLES VIDAL

PARTICIPANTES:

DR. JOSÉ ASZ SIGALL
DR. ALEJANDRO PEÑARRIETA DAHER
DR. HÉCTOR PÉREZ LORENZANA

PRESENTACIÓN DE POSTER 1

**11:00 - 11:05 HRS. FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE SEPSIS EN PACIENTES
CON GASTROQUISIS** 50

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO, FEDERICO GÓMEZ
PONENTE: DRA. PAULINA LIZETH ROMÁN FÉLIX

**11:05 - 11:10 HRS. SISTEMA ENDOVAC: EXPERIENCIA EN PERFORACIÓN ESOFÁGICA EN UN
CENTRO PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL EN MÉXICO** 51

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO, FEDERICO GÓMEZ
PONENTE: DRA. MITZI PAMELA RESÉNDIZ VÉLEZ

**11:10 - 11:15 HRS. SILO ANCLADO VS SILO PREFORMADO TIPO ALEXIS COMO TRATAMIENTO DE
GASTROQUISIS EN DOS HOSPITALES DEL SURESTE DE MÉXICO.** 52

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL NIÑO
"DR. RODOLFO NIETO PADRÓN"
PONENTE: DRA. MELISA SÁNCHEZ MARÍN

11:15 - 11:20 HRS. MALROTACIÓN INTESTINAL RETO DIAGNÓSTICO 53

HOSPITAL GENERAL DE LEÓN
PONENTE: DRA. ELIZABETH HIDALGO VÁZQUEZ

MIERCOLES 13 DE SEPTIEMBRE

	PÁGINA
<p>11:20 - 11:25 HRS. FISTULA ENTEROCUTÁNEA CONTROLADA COMO ALTERNATIVA DE DERIVACIÓN INTESTINAL EN RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES <i>UMAE CENTRO MEDICO NACIONAL DEL BAJIO, HOSPITAL DE GINECO PEDIATRÍA No 48</i> <i>PONENTE: DRA. JESSICA ELIZABETH GARCÍA SOTO</i></p>	54
<p>11:25 - 11:30 HRS. MALONE LAPAROSCOPICO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON INCONTINENCIA, ESTREÑIMIENTO CRÓNICO IDIOPÁTICO Y PSEUDOINCONTINENCIA. <i>CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE</i> <i>PONENTE: DR. LUIS GUILLERMO DE GYVES CASCO</i></p>	55
<p>11:30 - 11:35 HRS. TORSIÓN TESTICULAR NEONATAL. INFORME DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA <i>INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA</i> <i>PONENTE: DR. CARLOS EDUARDO VILLAFUERTE DELGADO</i></p>	56
<p>11:35 - 11:40 HRS. MASA ABDOMINAL EN PACIENTE ADOLESCENTE POST TRASPLANTE RENAL, REPORTE DE UN CASO. <i>UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA DEL C.M.N. DE OCCIDENTE.</i> <i>PONENTE: DRA. NORMA MIROSLAVA LINDORO SILVA</i></p>	57
<p>11:40 - 11:45 HRS. "EXPERIENCIA EN EL TRASPLANTE RENAL EN BLOQUE DE DONADOR PEDIÁTRICO A RECEPTOR PEDIÁTRICO EN UN HOSPITAL INFANTIL DE TERCER NIVEL" <i>UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA DEL C.M.N. DE OCCIDENTE</i> <i>PONENTE: DR. ISHTAR CABRERA LOZANO</i></p>	58
<p>11:45 - 11:50 HRS. RECONSTRUCCIÓN DE PARED TORÁCICA CON MALLA DE POLITETRAFLUOROETILENO EXPANDIDO EN SARCOMA DE EWING. <i>CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE.</i> <i>PONENTE: DR. EDGAR MELO CAMACHO</i></p>	59
TRABAJOS LIBRES 2 - COLORRECTAL	
<p>11:50 - 12:00 HRS. TELESIMULACIÓN Y SIMULADORES DE BAJO COSTO EN LA ENSEÑANZA DE LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA <i>HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIO ALCALDE".</i> <i>PONENTE: DRA. ROCÍO GUADALUPE CANO ARIAS</i></p>	60

MIÉRCOLES 13 DE SEPTIEMBRE

PÁGINA

12:00 - 12:10 HRS.	TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE <i>HOSPITAL PARA EL NIÑO POBLANO</i> <i>PONENTE: DRA. MARÍA DEL ROSARIO DE FÁTIMA GUTIÉRREZ BORRAYO</i>	61
12:10 - 12:20 HRS.	DESCENSO EN ZONA DE TRANSICIÓN HISTOLÓGICA EN LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG. RESULTADOS FUNCIONALES POSTOPERATORIOS, Y RECOMENDACIONES ACTUALES. <i>CHILDREN'S HOSPITAL COLORADO</i> <i>PONENTE: DR. ALFREDO DOMÍNGUEZ MUÑOZ</i>	62
12:20 - 12:30 HRS.	MANEJO MEDICO INDIVIDUALIZADO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON MEGARECTO <i>HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA FRAY ANTONIO ALCALDE</i> <i>PONENTE: DRA. MARYZELA LAZO RAMÍREZ</i>	63
12:30 - 12:40 HRS.	SEGURIDAD Y EFICACIA DEL PROCEDIMIENTO DE SPLIT COMPARADO CON APENDICOSTOMIA DE MALONE <i>HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "DR. FEDERICO GÓMEZ"</i> <i>PONENTE: DR. DIEGO ANTONIO MARTÍNEZ FUENTES</i>	64
12:40 - 12:50 HRS.	TRAUMA RECTAL EN PEDIATRÍA <i>HOSPITAL PARA EL NIÑO POBLANO</i> <i>PONENTE: DRA. KATHERINE ELIZABETH GONZÁLEZ PULIDO</i>	65
12:50 - 13:00 HRS.	TUMORES NEUROENDOCRINOS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE CURRARINO. <i>CENTRO COLORRECTAL PARA NIÑOS, HOSPITAL ÁNGELES PUEBLA</i> <i>PONENTE: DRA. MARIA ZORNOZA MORENO</i>	66
13:00 - 14:00 HRS.	PERSPECTIVAS DE CIRUGÍA MATERNO-FETAL EN MÉXICO <i>DR. DAVID BASURTO DÍAZ</i>	
14:00 - 16:00 HRS.	SESIÓN DE NEGOCIOS SOCIEDAD Y COLEGIO MEXICANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA A. C. <i>DR. GERARDO IZUNDEGUI ORDÓÑEZ</i>	

JUEVES 14 DE SEPTIEMBRE

PÁGINA

TRABAJOS LIBRES 3 - UROLOGÍA

<p>07:10 - 07:20 HRS. USO DE TERMOGRAFÍA INFRAROJA EN LA EVALUACIÓN DE VARICOCELE EN PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD. <i>UMAE HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"</i> <i>PONENTE: DR. JOSÉ ALFREDO LEÓN ZAMUDIO</i></p>	<p>67</p>
<p>07:20 - 07:30 HRS. PIELOPLASTIA ASISTIDA POR ROBOT DA VINCI EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO <i>CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE.</i> <i>PONENTE: DRA. SUELEN ISHEL MENDOZA RODRÍGUEZ</i></p>	<p>68</p>
<p>07:30 - 07:40 HRS. MANEJO SIMULTÁNEO MEDIANTE CIRUGÍA ROBÓTICA DE VEJIGA E INTESTINO NEUROGÉNICOS EN PEDIATRÍA <i>CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE.</i> <i>PONENTE: DR. ALEJANDRO FABIAN TAMAYO OLIVER</i></p>	<p>69</p>
<p>07:40 - 07:50 HRS. INJERTO RENAL DE ARTERIAS MÚLTIPLES, UNA OPCIÓN SEGURA PARA EL TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO. <i>UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA DEL C.M.N. DE OCCIDENTE.</i> <i>PONENTE: DRA. MITZI RUBÍ BECERRA MOSCOSO</i></p>	<p>70</p>
<p>07:50 - 08:00 HRS. EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN LA CORRECCIÓN DE HIPOSPADIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. <i>UMAE HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y PEDIATRÍA No. 48 IMSS.</i> <i>PONENTE: DRA. MIRIAM GONZÁLEZ FERNÁNDEZ</i></p>	<p>71</p>
<p>08:00 - 08:10 HRS. EXPERIENCIA DE NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO COMO TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN LITIASIS RENAL COMPLEJA <i>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</i> <i>PONENTE: DR. ULISES GABRIEL BAILON CHÁVEZ</i></p>	<p>72</p>
<p>08:10 - 08:20 HRS. EXPERIENCIA EN EL USO DE LA TÉCNICA DE NEFRECTOMÍA RETROPERITONEOSCÓPICA PURA EN EL DONADOR VIVO RELACIONADO PARA EL TRASPLANTE RENAL DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 ATENDIDOS EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL <i>UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA CENTRO MÉDICO NACIONAL "SIGLO XXI"</i> <i>PONENTE: DRA. DANIELA HERNÁNDEZ MEZA</i></p>	<p>73</p>

JUEVES 14 DE SEPTIEMBRE

PÁGINA

08:20 - 08:27 HRS.	NEFRECTOMÍA BILATERAL, DERIVACIÓN MESO-RENAL Y TRASPLANTE RENAL EN UN SOLO TIEMPO QUIRÚRGICO, COMO TRATAMIENTO DEFINITIVO DE HIPERTENSIÓN PORTAL HEMORRÁGICA E INSUFICIENCIA RENAL SECUNDARIOS A ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA Y FIBROSIS HEPÁTICA CONGÉNITA. <i>HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "DR. FEDERICO GÓMEZ"</i> <i>PONENTE: DR. JESUS ADRIAN DIAZ RIVERO</i>	74
08:27 - 08:34 HRS.	PAPILOMA UROTELIAL VESICAL INVERTIDO, REPORTE DE UN CASO EN UN PACIENTE ADOLESCENTE DE 14 AÑOS DE EDAD <i>HOSPITAL PARA EL NIÑO POBLANO</i> <i>PONENTE: DR. CARLOS FABIAN TORRES SOLORZANO</i>	75
08:34 - 08:41 HRS.	ANASTOMOSIS URETEROURETERAL LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE PEDIÁTRICA CON DOBLE SISTEMA COLECTOR <i>HOSPITAL GENERAL ISSSTE SALTILLO</i> <i>PONENTE: DRA. MARIANA VALDÉS SOTO</i>	76
08:41 - 08:41 HRS.	MEGALOURETRA: REPORTE DE CASO <i>HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIO ALCALDE"</i> <i>PONENTE: DR. DAVID GIOVANNY MORALES IRIARTE</i>	77
09:00 - 09:30 HRS.	TRASPLANTE DE VEJIGA <i>DR. PATRICIO GARGOLLO</i> <i>CLÍNICA MAYO ROCHESTER</i>	
09:30 - 10:00 HRS.	RECESO	
10:00 - 11:00 HRS.	MESA REDONDA: HIDRONEFROSIS RUTA DIAGNÓSTICA <i>COORDINADOR: DR. SERGIO LANDA JUÁREZ</i> <i>PARTICIPANTES:</i> <i>DR. ELÍAS DE JESÚS RAMÍREZ VELÁZQUEZ</i> <i>DR. CARLOS MOSQUEIRA MONDRAGÓN</i> <i>DR. DAVID VÁZQUEZ PÉREZ</i>	

JUEVES 14 DE SEPTIEMBRE

PÁGINA

PRESENTACIÓN DE POSTER 2

- 11:00 - 11:05 HRS. MALFORMACIÓN PULMONAR HÍBRIDA COMPLETA. ABORDAJE Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.** 78
UMAE HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"
PONENTE: DR. JUAN RAMÓN COSÍO CERÓN
- 11:05 - 11:10 HRS. TUMOR CARCIONIDE ATÍPICO CENTRAL DE BRONQUIO PRIMARIO DERECHO, USO DE BRONCOSCOPIA TRANSOPERATORIA PARA DELIMITAR RESECCIÓN QUIRÚRGICA INFORMA DE CASO.** 79
HOSPITAL PARA EL NIÑO POBLANO
PONENTE: DR. HUMBERTO BERMÚDEZ GÓMEZ
- 11:10 - 11:15 HRS. MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE LA VÍA AÉREA TIPO IV Y BLASTOMA PLEUROPULMONAR TIPO I.** 80
¿BENIGNO, MALIGNO O EXPRESIÓN PATOLÓGICA DE UNA MISMA ENTIDAD?.
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
PONENTE: DRA. VICTORIA DAMIÁN CUELLAR
- 11:15- 11:20 HRS. ADENOMA PLEOMORFICO DE PALADAR. REPORTE DE UN CASO.** 81
HOSPITAL Y CLINICA OCA DE MONTERREY
PONENTE: DR. RAFAEL VALDEZ BORROEL
- 11:20- 11:25 HRS. RABDOMIOSARCOMA DE LA VIA BILIAR EXTRAHEPÁTICA, REPORTE DE UN CASO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.** 82
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"
PONENTE: DR. GERARDO GUTIÉRREZ NAVAR
- 11:25- 11:30 HRS. NEUROBLASTOMA CERVICOTORÁCICO EN UN TIEMPO QUIRÚRGICO.** 83
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 1 CHIHUAHUA, CHIHUAHUA IMSS.
PONENTE: DRA. VALERIA CANO GUZMÁN
- 11:30- 11:35 HRS. FACTORES DE RIESGO PARA PERSISTENCIA DE FÍSTULA GASTROECUTÁNEA TRAS EXTRACCIÓN DE SONDAS DE GASTROSTOMÍA EN NIÑOS.** 84
UMAE HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA".
PONENTE: DR. AGUSTÍN FRANCO RODRÍGUEZ

JUEVES 14 DE SEPTIEMBRE

PÁGINA

11:35- 11:40 HRS. TUMOR OVÁRICO EXCEPCIONALMENTE RARO EN PEDIATRÍA: 85
CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS DE TIPO HIPERCALCÉMICO.
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
PONENTE: DRA. VICTORIA DE LAS MERCEDES DAMIÁN CUELLAR

11:40- 11:45 HRS. QUISTE HEPÁTICO SIMPLE RECIDIVANTE EN PEDIATRÍA, OPCIONES TERAPÉUTICAS: 86
REPORTE DE CASO
UMAE HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"
PONENTE: DR. EFRÉN DELGADO MENDOZA

11:45- 11:50 HRS. HAMARTOMA DEL COLÉDOCO COMO CAUSA DE ESTENOSIS DE LA VÍA BILIAR NO D 87
ESCRITA EN PEDIATRÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.
UMAE HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"
PONENTE: DR. AGUSTÍN MAYCOTTE ARMENTA

TRABAJOS LIBRES 4
CIRUGÍA GASTROINTESTINAL I

11:50- 12:00 HRS. HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS EN NIÑOS CON MIGRACIÓN TRANSTORÁCICA 88
DE LA FUNDUPLICATURA.
HOSPITAL STAR MÉDICA HIP
PONENTE: DR. NELSON ARIEL LUTINO RIVERA

12:00- 12:10 HRS. USO DE CAPSULA ENDOSCÓPICA COMO AUXILIAR EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA 89
QUIRÚRGICA GI EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HGIO Y MGIA.
HOSPITAL CENTRAL MILITAR Y HOSPITAL MILITAR DE ESPECIALIDADES DE LA MUJER Y NEONATOLOGIA
PONENTE: DRA. MARA FEBRONIO MORALES

12:10- 12:20 HRS. EXPERIENCIA EN CIRUGIA PUERTO UNICO EN APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA, 90
APLICADA EN 3 CENTROS HOSPITALARIOS DE ALTA ESPECIALIDAD.
UMAE HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"
PONENTE: DR. AGUSTIN FRANCO RODRIGUEZ

12:20- 12:30 HRS. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE NIÑOS OPERADOS DE COLLIS-NISSEN POR LAPAROSCOPIA 91
HOSPITAL STAR MÉDICA HIP
PONENTE: DR. CARLOS AGUILAR GUTIÉRREZ

JUEVES 14 DE SEPTIEMBRE

PÁGINA

**TRABAJOS LIBRES 5
CIRUGÍA GASTROINTESTINAL II**

- 12:30- 12:40 HRS.** **SISTEMA IRIS MODIFICADO: EXPERIENCIA INICIAL DE UNA NUEVA TECNOLOGIA EN LA SEGURIDAD Y ENSEÑANZA DE CIRUGIA DE HIATO EN PEDIATRIA** 92
HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL MONTERREY NUEVO LEON
PONENTE: DR. JOEL CÁZARES RANGEL
- 12:40- 12:50 HRS.** **PLASTRÓN APENDICULAR, UNA TENDENCIA HACIA EL MANEJO CONSERVADOR** 93
HOSPITAL PEDIÁTRICO JUAN MANUEL MÁRQUEZ, LA HABANA. CUBA.
PONENTE: DR. PABLO MIJAHIL AVILÉS JIMÉNEZ
- 12:50- 12:57 HRS.** **SÍNDROME DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR (WILKIE):** 94
REPORTE DE UN CASO TRATADO POR MÍNIMA INVASIÓN.
HOSPITAL CENTRAL MILITAR Y HOSPITAL MILITAR DE ESPECIALIDADES DE LA MUJER Y NEONATOLOGIA
PONENTE: DR. RAÚL FRANCISCO GUZMÁN ALONSO
- 12:57- 13:04 HRS.** **SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR TRATADO CON CIRUGÍA DE** 95
MÍNIMA INVASIÓN, REPORTE DE 3 CASOS
HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL
PONENTE: DR. EDUARDO DE LA ROSA BUSTAMANTE
- 13:04- 13:11 HRS.** **ASCITIS MASIVA COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE PANCREATOBLASTOMA, Y SU** 96
RESOLUCIÓN EXITOSA CON CIRUGÍA DE WHIPPLE. REPORTE DE CASO.
HOSPITAL GENERAL OCCIDENTE
PONENTE: DR. ANTONIO FRANCISCO GALLARDO MEZA
- 13:11- 13:18 HRS.** **SÍNDROME DE WAUGH COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MÚLTIPLE EN** 97
PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.
HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS
PONENTE: DR. JESÚS ROBERTO AGUIRRE LÓPEZ
- 13:18- 13:25 HRS.** **ESTENOSIS ESOFAGICA CONGENITA, TRATAMIENTO QUIRURGICO ALTERNATIVO** 98
UMAE HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"
PONENTE: DRA. ANDREA DUARTE LUNA

JUEVES 14 DE SEPTIEMBRE

PÁGINA

- 13:25 - 13:32 HRS.** TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TRICOBEOZAR POR LAPAROSCOPIA, GASTROSCOPIA Y ENDOSCOPIA GÁSTRICA TRANSOPERATORIA SIMULTÁNEA
HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIO ALCALDE"
PONENTE: DR. MIGUEL ANTONIO ROCAEL CALDERÓN VANEGAS 99
- 13:32 - 14:00 HRS.** PREMIO AESCULAP
- 14:00 - 16:00 HRS.** SESIÓN DE NEGOCIOS
CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA A. C.
DR. CARLOS MOSQUEIRA MONDRAGÓN

VIERNES 15 DE SEPTIEMBRE

- 07:00 - 08:00 HRS.** MESA REDONDA: QUISTE DE COLÉDOCO
COORDINADOR: DR. JOEL CAZARES RANGEL
PARTICIPANTES:
DR. CARLOS GARCÍA HERNÁNDEZ
DR. ANTONIO FRANCISCO GALLARDO MEZA

TRABAJOS LIBRES 6 HÍGADO Y VÍAS BILIARES

- 08:00 - 08:10 HRS.** RESULTADOS A LARGO PLAZO DE TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO DE DONADOR VIVO VS DONADOR FALLECIDO. ¿CUÁL ES MEJOR?
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "DR. FEDERICO GÓMEZ"
PONENTE: DR. JOSÉ MANUEL TOVILLA GUTIÉRREZ 100
- 08:10 - 08:20 HRS.** RESECCIÓN DE QUISTE DE COLEDOCO Y HEPATODUODENO ANASTOMOSIS CON SISTEMA QUIRÚRGICO DA VINCI
CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE
PONENTE: DR. FIDEL LEONARDO LÓPEZ DE PORTUGAL 101

VIERNES 15 DE SEPTIEMBRE

	PÁGINA
<p>08:20 - 08:30 HRS. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS DE LA ARTERIA HEPÁTICA EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO. <i>HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO, FEDERICO GÓMEZ</i> PONENTE: DR. JOSUÉ ALEXANDER VÁSQUEZ ALVARADO</p>	102
<p>08:30 - 08:40 HRS. CASOS DE ÉXITO EN PACIENTES CON HEPATOBLASTOMA QUE AMERITARON TRASPLANTE HEPÁTICO. <i>UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA CENTRO MÉDICO NACIONAL "SIGLO XXI"</i> PONENTE: DRA. MARISSA DE JESÚS LERMA GARZÓN</p>	103
<p>08:40 - 08:50 HRS. MALFORMACIÓN QUÍSTICA DE LA VÍA BILIAR: MANEJO Y CONDUCTA ACTUAL EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PRENATAL. <i>UMAE HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"</i> PONENTE: DR. DIEGO ALBERTO MILLÁN RUBIO</p>	104
<p>08:50 - 09:00 HRS. ABORDAJE Y MANEJO DE TRAUMA PEDIÁTRICO EN HOSPITAL DE GUADALAJARA. <i>HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA, "FRAY ANTONIO ALCALDE"</i> PONENTE: DR. DAVID GIOVANNY MORALES IRIARTE</p>	105
<p>09:00 - 09:30 HRS. ATRESIA DE VÍAS BILIARES <i>DR. ATSUYUKY YAMATAKA</i> <i>JUNTENDO UNIVERSITY, JAPAN</i></p>	
<p>09:30 - 10:00 HRS. RECESO</p>	
<p>PRESENTACIÓN DE POSTER 3</p>	
<p>10:00 - 10:05 HRS. DRENAJE TRANSPARIETO-HEPÁTICO INTRAOPERATORIO, UNA TÉCNICA DE SALVAMENTO EN CASO DEHISCENCIA DE HEPÁTICO-YEYUNO ANASTOMOSIS. CASO ÚNICO Y EXITOSO EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA EN MÉXICO. <i>HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL</i> PONENTE: DR. IVÁN ENRIQUE HERNÁNDEZ FLORES</p>	106
<p>10:05 - 10:10 HRS. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DIFÍCIL EN PEDIATRÍA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL <i>UMAE HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"</i> PONENTE: DRA. MARÍA DOLORES ORTIZ HERNÁNDEZ</p>	107

MIÉRCOLES 14 DE SEPTIEMBRE

PÁGINA

10:10 - 10:15 HRS.	BENEFICIOS DE UNA ESTRATEGIA DE INMUNOSUPRESIÓN MÍNIMA EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO. EN LA CONQUISTA DE TOLERANCIA OPERACIONAL. <i>HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "DR. FEDERICO GÓMEZ"</i> <i>PONENTE: DR. JORGE ARROYO ORVAÑANOS</i>	108
10:15 - 10:20 HRS.	TIFLITIS POR ANGIOSTRONGYLUS COSTARICENSIS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE APENDICITIS AGUDA. <i>HOSPITAL MARIO CATARINO RIVAS</i> <i>PONENTE: DRA. PASTORA XIOMARA HERNÁNDEZ ENRÍQUEZ</i>	109
10:20 - 10:25 HRS.	APENDICETOMÍA LAPAROSCÓPICA SIN SUTURA (SUTURELESS). <i>IMSS HGR1 CUERNAVACA / HOSPITAL DEL NIÑO MORELENSE</i> <i>PONENTE: DR. RICARDO ALBA PALACIOS</i>	110
10:25 - 10:30 HRS.	MICROGASTRIA ASOCIADA A ESTENOSIS GASTROESOFÁGICA CONGÉNITA, REVISIÓN DE BIBLIOGRAFÍA Y REPORTE DE CASO. <i>UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA CENTRO MÉDICO NACIONAL "SIGLO XXI".</i> <i>PONENTE: DR. RAFAEL MARTIN QUINTANAR GONZÁLEZ</i>	111
10:30 - 10:35 HRS.	MODIFICACIÓN DEL ÍNDICE DE REFLUJO, PUNTAJE DE BOIX OCHOA Y LA PRESIÓN MEDIA DE LA FUNDUPLICATURA HIPOTENSA CON LA APLICACIÓN DE RADIOFRECUENCIA STRETTA EN PACIENTES CON ERGE REFRACTARIO: ESTUDIO PILOTO. <i>HOSPITAL CENTRAL MILITAR / HOSPITAL MILITAR DE ESPECIALIDADES DE LA MUJER Y NEONATOLOGÍA</i> <i>PONENTE: DR. FRANCISCO ALFONSO VIVEROS CARREÑO</i>	112
10:35 - 10:40 HRS.	PRIMER CASO EN MÉXICO DE USO DE NEUMOPERITONEO PROGRESIVO PREQUIRÚRGICO Y TOXINA BOTULÍNICA PARA REPARACIÓN DE HERNIA VENTRAL CON PÉRDIDA DE DOMINIO <i>HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"</i> <i>PONENTE: DR. MARIO JAVIER PEÑA GARCÍA</i>	113
10:40 - 10:45 HRS.	"APENDICITIS DEL LACTANTE ¿DIAGNÓSTICO INFRECUENTE O INFRECUENTEMENTE DIAGNOSTICADA?, PRESENTACIÓN DE 3 CASOS" <i>HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS</i> <i>PONENTE: DR. DANIEL MARCO HERNÁNDEZ PORTUGAL</i>	114

VIERNES 15 DE SEPTIEMBRE

PÁGINA

10:45 - 10:50 HRS.	INGESTA DE IMANES DE NEODIMIO, LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNOSTICO Y MANEJO OPORTUNO REPORTE DE 2 CASOS <i>HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS</i> <i>PONENTE: DR. FRANCISCO TRINIDAD ALBERTO</i>	115
--------------------	---	-----

TRABAJOS LIBRES 7

CIRUGÍA DE TÓRAX Y ONCOCIRUGÍA

10:50 - 11:00 HRS.	MANEJO DE PECTUS EXCAVATUM CON TÉCNICA DE NUSS EN NIÑOS DE LA REGION NOR-OCCIDENTE DE MÉXICO. <i>UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA DEL C.M.N. DE OCCIDENTE</i> <i>PONENTE: DR. ISHTAR CABRERA LOZANO</i>	116
11:00 - 11:10 HRS.	MANEJO DEL QUISTE BRONCOGÉNICO POR CIRUGÍA DE MÍNIMA INVASIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. <i>UMAE HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"</i> <i>PONENTE: DR. EFRÉN DELGADO MENDOZA</i>	117
11:10 - 11:20 HRS.	EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE HEMANGIOENDOTELIOMA KAPOSIIFORME CON FENÓMENO DE KASABACH MERRIT EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. <i>HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA FRAY ANTONIO ALCALDE</i> <i>PONENTE: DRA. FERNANDA DIAZ SAMANO</i>	118
11:20 - 11:30 HRS.	ExpRESULTADOS ONCOLÓGICOS Y FUNCIONALES EN PACIENTES CON TUMOR DE WILMS BILATERAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL <i>HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO DR. FEDERICO GÓMEZ</i> <i>PONENTE: DR. JOSÉ EDUARDO PORTILLO MORALES</i>	119
11:30 - 11:37 HRS.	ATELECTASIA PERSISTENTE EN PACIENTE PEDIATRICO: TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE TUMOR CARCINOIDE ENDOBROQUIAL. <i>UMAE HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"</i> <i>PONENTE: DRA. JANET AMAIRANI BUENO MONTIEL</i>	120
11:37 - 11:44 HRS.	MODIFICACIÓN DEL DOCKING EN LA RESECCIÓN DE TUMOR DE MEDIASTINO ANTERIOR, CON PLATAFORMA DA VINCI XI EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO. <i>HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN</i> <i>PONENTE: DRA. CHRISTIAN ELENA ARCHIVALDO GARCÍA</i>	121

VIERNES 15 DE SEPTIEMBRE

PÁGINA

11:44 - 11:51 HRS.	GANGLIONEUROMA ASOCIADO A NEVO MELANOCÍTICO CONGÉNITO <i>INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA</i> <i>PONENTE: DR. DIEGO LEONARDO HERRERA OJEDA</i>	122
11:51 - 11:58 HRS.	LEIOMIOMA UTERINO GIGANTE EN ADOLESCENTE <i>HOSPITAL NACIONAL DR. MARIO CATARINO RIVAS</i> <i>PONENTE: DRA. INGRID KATTAN MEJÍA</i>	123
11:58 - 12:08 HRS.	TRAQUEO-BRONCOPLASTÍA UNA ALTERNATIVA QUIRÚRGICA QUE EVITA RESECCIONES PULMONARES EN LAS OBSTRUCCIONES DE LA VÍA AÉREA CENTRAL EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS <i>INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA</i> <i>PONENTE: DRA. DONAJÍ DE JESÚS RODRÍGUEZ ORTIZ</i>	124
12:08 - 12:18 HRS.	RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES CON PRESENTACIONES POCO COMÚNES. <i>UMAE HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"</i> <i>PONENTE: DRA. LUCERO HERNÁNDEZ RIVERA</i>	125
12:18 - 12:28 HRS.	COLEDOCOLITIASIS EN PEDIATRÍA. UN RETO EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA. <i>UMAE HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"</i> <i>PONENTE: DRA. VALERY SELENE VALADEZ GUERRERO</i>	126
12:30 - 13:00 HRS.	ENTREGA MEDALLA DR. ALBERTO PEÑA RODRÍGUEZ	
13:00 - 13:30 HRS.	CONFERENCIA PROFESOR INVITADO NACIONAL DR. ARTURO MONTALVO MARÍN	
13:30 - 14:30 HRS.	CONFERENCIA PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD Y COLEGIO MEXICANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA A. C. DR. GERARDO IZUNDEGUI ORDÓÑEZ	
19:00 HRS.	CENA DE CLAUSURA	

TAMAÑO TUMORAL MAYOR A DIEZ CENTÍMETROS COMO FACTOR DE RIESGO PARA MORTALIDAD EN PACIENTES CON TUMORES MALIGNOS DE PARRILLA COSTAL

Autor: Eduardo Vasquez Gutierrez
Coautores: Ibraim Soto García, Cesar Omar Hernández Rivera, Francisco Mora Cruz, Susana Galván Losada
Ponente: Cesar Omar Hernández Rivera
Institución: Instituto Mexicano Del Seguro Social

INTRODUCCIÓN: Los tumores malignos de parrilla de costal son neoplasias poco frecuentes en pediatría que en general son agresivas y tienen un mal pronóstico. La base del tratamiento quirúrgico es la resección del tumor con bordes libres de enfermedad, siendo el tamaño tumoral un factor clave para determinar la factibilidad de una resección completa. El objetivo de este estudio es determinar si un diámetro del tumor mayor a 10 centímetros al momento del diagnóstico representa un factor de riesgo en la mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de cohorte observacional, retrospectivo, analítico y comparativo. Se hizo búsqueda de información en censos de procedimientos de quirófano y expedientes clínicos de un hospital de tercer nivel, previo consentimiento del Comité Local de Ética e Investigación. Se incluyeron pacientes de 0 a 16 años con diagnóstico de tumor maligno primario de parrilla costal sometidos a resección quirúrgica en el periodo de 2003 a 2020 y se excluyeron aquellos con expedientes incompletos o con falta de seguimiento postquirúrgico. Las variables cuantitativas se analizaron con prueba de Kolmogórov-Smirnov y las variables cualitativas con prueba de χ^2 ; se usaron graficas de Kaplan-Meier para el análisis de supervivencia global a 2 años y se efectuó una regresión logística con análisis univariado, con un IC al 95% y valor de $p < 0.05$ como significativo para determinar variables con efecto en la mortalidad.

RESULTADOS: Se incluyo en nuestro estudio 34 pacientes, 16 hombres (47%) y 18 mujeres (53%). Fueron 22 tumores de askin, 4 rabdomyosarcomas; 2 osteosarcomas; 1 sarcoma sinovial; 1 neuroblastoma; 1 teratoma inmaduro; 1 linfoma difuso; 1 histiocitoma, 1 tumor de vaina nerviosa, la localización del tumor desde parrilla costal, mediastino; huesos largos de extremidades, pelvis, tejidos blandos. La forma más común de presentación fue aumento de volumen en el 62% de los casos, seguido de dificultad respiratoria 21% y dolor 17%. Identificamos 16 pacientes (47%) con tamaño tumoral >10

cm al momento del diagnóstico, con predominancia en el sexo masculino (62%). Se presentaron 7 defunciones (20%) antes de los 2 años del diagnóstico, 6 casos con tamaño tumoral > 10 cm. Otros 7 pacientes fallecieron posterior a este periodo, de los cuáles el 85% pertenecían al grupo > 10 cm. El 60% restante permanece con vida, en su mayoría del sexo femenino (71%), y sólo 2 pacientes del grupo > 10 cm (9%). El 53% se presentaron con enfermedad metastásica al diagnóstico, siendo principal sitio de metástasis el pulmón (95%). La presencia de metástasis ($p < 0.003$) y el tamaño tumoral ($p < 0.047$) tuvieron un valor estadísticamente significativo como factor de riesgo para la defunción antes de los 2 años, con una mediana de supervivencia superior ($p < 0.036$) en el grupo de pacientes con tumores < 10 cm.

DISCUSIÓN: Al analizar resultados, encontramos una predominancia de tumores de parrilla costal en el sexo femenino, a diferencia de lo reportado en la literatura que describe una mayor frecuencia en hombres; sin embargo, en el sexo masculino se reportaron tumores de mayor tamaño y una mayor tasa de mortalidad. Encontramos 17 pacientes con tumores > 10 cm al momento del diagnóstico (48%) y se logró establecer una relación entre este valor y la sobrevida de los pacientes, determinando un diámetro > 10 cm como factor de riesgo para la defunción. Los resultados obtenidos son concordantes con estudios previos, que han identificado la presencia de metástasis y el tamaño tumoral como factores pronósticos.

CONCLUSIONES: Los tumores primarios de parrilla costal representan menos del 1% de las neoplasias malignas en pediatría; sin embargo, conllevan una gran morbimortalidad. Nuestro estudio demostró que el tamaño tumoral > a 10 cm al momento del diagnóstico tiene un valor estadísticamente significativo como factor de riesgo para la defunción antes de los dos años, enfatizando la importancia de un diagnóstico oportuno para mejorar la sobrevida de los pacientes.

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE ADENOMA PARATIROIDEO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS, EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Autor: Fernanda Díaz Sámano
Coautores: José Antonio Gutiérrez Ureña, Jaime Orozco Pérez, Carlos Guillermo Abascal Medina, Laura Gabriela Peña Balboa
Ponente: Fernanda Díaz Sámano
Institución: Hospital Civil De Guadalajara “Fray Antonio Alcalde”

INTRODUCCIÓN: El hiperparatiroidismo primario (HPTP) es una enfermedad infrecuente en pediatría, la principal causa es la presencia de un adenoma paratiroideo solitario, seguido por hiperplasia multiglandular y en casos raros por carcinoma de paratiroides. El diagnóstico es clínico, laboratorial, imagenológico, por hallazgos transquirúrgicos e histopatológicos. El objetivo de este trabajo es describir las manifestaciones clínicas, el abordaje diagnóstico-terapéutico; la importancia en la monitorización de paratohormona (PTH) transquirúrgica, los resultados post-operatorios, así como su seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Reporte de casos; se analizaron las siguientes variables: edad, género, manifestaciones clínicas, tipo de cirugía, monitorización de PTH transquirúrgica, resultados postquirúrgicos y seguimiento. No tenemos conflictos de intereses. **RESULTADOS:** Se estudiaron tres pacientes en un período de seis años (2018-2024) con diagnóstico de hiperparatiroidismo secundario a adenoma paratiroideo. **Caso1.** Masculino de 15 años, quien debutó con hiporexia, náuseas, emesis, poliuria, nicturia, astenia, adinamia, deterioro del estado general y pérdida de 7 kg de 1 mes evolución; estudios reportan PTH: 208pg/dL, calcio 16mg/dL, estudios de imagen de extensión normales; se sospecha de adenoma paratiroideo, con lo que se realiza paratiroidectomía subtotal, actualmente sano. **Caso2.** Femenina de 14 años, quien inició con dolor abdominal, vómitos, cetoacidosis diabética, pancreatitis aguda, hipercalcemia de 14.9mg/dL y PTH 10.4 pg/dL; USG adenoma paratiroideo, osteopenia generalizada, USG y uro-tomografía nefro-calcinosis, genu valgo, gammagrama hipercaptación en paratiroides inferior izquierda, se realiza paratiroidectomía total con reimplantación de una glándula en músculo esternocleidomastoideo, actualmente sana. **Caso3.** Masculino 15 años, quien debutó con vómitos y dolor abdominal secundario a perforación yeyunal por gastrinoma a causa de neoplasia endócrina múltiple tratado por otros médicos. Se realizan estudios de extensión por endocrinólogo, con hipercalcemia y elevación de PTH, gammagrama con hipercaptación de radiotrazador paratiroides inferior izquierda,

se sospecha adenoma paratiroideo, realizándose paratiroidectomía superior e inferior izquierda, actualmente en vigilancia endocrinológica. En los 3 casos, se tomó PTH y calcio sérico transquirúrgicos, parámetros útiles para evaluar la correcta excisión de las lesiones neoplásicas o hiperplásicas, con seguimiento al primer y segundo mes postoperatorio.

DISCUSIÓN Una de las causas de la hipercalcemia es el HPTP menos frecuente en niños, sin embargo, su etiología y abordaje diagnóstico y terapéutico es similar al reportado en adultos. La hipercalcemia es la concentración de calcio mayor a 2 desviaciones estándar por arriba de la media; se sospecha ante la presencia de calcio sérico > 10.5 mg/dl o calcio iónico > 5.2 mg/dl. En pediatría no es usual realizar estudios que incluyan determinación de calcio, a diferencia de la población adulta, lo cual retrasa el diagnóstico temprano del HPTP incrementando su morbilidad. Los estudios de imagen iniciales son el ultrasonido, con sensibilidad del 34-92%, con un 2-3% de falsos positivos por confusión con adenopatías o nódulos tiroideos y un 15% de falsos negativos en localizaciones retroesofágicas, retrotraqueales y mediastinales. El gammagrama con Tecnecio metoxi-isobutil-isonitrilo (Tc-MIBI), útil en la localización ectópica de adenomas paratiroides, reporta una sensibilidad de 90%, que en combinación con la tomografía va del 74-94%; los falsos negativos observados son por adenomas muy pequeños o por compromiso glandular múltiple.

CONCLUSIÓN: La patología paratiroidea es rara en la población pediátrica. Gran parte del conocimiento que guía el manejo de esta enfermedad, se extrapola a experiencia en adultos. La sospecha clínica, los estudios de imagen y la identificación intraoperatoria de las paratiroides aunado al uso de PTH en el transquirúrgico, es fundamental para el correcto abordaje, la prevención de complicaciones postoperatorias, así como la morbimortalidad. Generalmente el pronóstico es bueno. Se espera que la investigación colaborativa multi-institucional amplíe el conocimiento específico de la cirugía pediátrica y optimice el manejo de estas enfermedades.

TERATOMA MEDIASTINAL POSTERIOR CONGÉNITO, UN CASO INUSUAL

Autor: Eduardo Vásquez Gutiérrez
Coautores: Brenda Janet Torres Murillo, Ilse Nallely Santivañez Estrada, Laura Patricia Raya Garza
Ponente: Brenda Janet Torres Murillo
Institución: IMSS, Unidad Médica De Alta Especialidad N°25 Monterrey, N.L.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 1 año 9 meses de edad, quien cursó con embarazo normoevolutivo, a las 22 semanas de gestación con reporte de ultrasonido con imagen quística de 2 cm en base pulmonar derecha, llegando a medir 3X2 cm en controles posteriores, por lo que se decide interrupción del embarazo a las 36 semanas vía abdominal, sin requerir maniobras de reanimación avanzadas; en periodo neonatal es valorado por oncología pediátrica, se realiza protocolo de estudio con tomografía de tórax donde se observa imagen sugestiva de quiste broncogénico en lóbulo inferior derecho, de densidad heterogénea (38X30X34 mm) con calcificación de 13 mm en su interior, así como angiografía de tórax con tumoración extrapulmonar del hemitórax derecho localizado hacia la base pulmonar de aspecto quístico y calcificado, que condiciona efecto de masa sobre el diafragma y el pulmón ipsilateral.

Se toman marcadores tumorales iniciales con alfafetoproteína mayor a 1210, CA-125 de 12, CA-19-9 de 19.4, antígeno carcinoembrionario de 2.8, con control a los 20 meses con alfafetoproteína de 2.56 y hGC fracción beta menor de 2.3.

Es referido a la unidad a los 8 meses de vida. Paciente asintomático, con adecuada ganancia ponderal. A la exploración física dirigida tórax simétrico, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire con murmullo vesicular sin agregados, ruidos cardiacos rítmicos sin agregados, resto de la exploración sin presencia de anomalías.

El 17/05/24 se realiza toracotomía posterolateral derecha con resección de lesión con hallazgo de tumoración confinada en mediastino posterior de aproximadamente 5X5 cm, con capsula nacarada de componente sólido y quístico. Reporte de patología de Teratoma maduro.

El paciente es egresado de la unidad a los 10 días de hospitalización. No existe conflicto de interés y se cuenta con consentimiento informado en el actual trabajo.

DISCUSIÓN: Los tumores del mediastino son relativamente infrecuentes en la edad pediátrica, de estos los más comunes se encuentran en la región anterior como: timomas, teratomas, linfomas y tumores tiroideos. El teratoma mediastinal constituye una enfermedad poco frecuente con clínica inespecífica, se presenta más comúnmente en la adolescencia y en adultos jóvenes, tienen baja tasa de incidencia del 8-13% de todos los tumores en esta región y solo el 1-10 % de los tumores de células germinativas se encuentran en el mediastino, principalmente en mediastino anterior. (1) (2) Existen reportes que señalan que estos tumores de origen embrionario aparecen con más frecuencia en mujeres. (3)

En la actualidad no se cuenta con estadística reciente de tumores mediastinales de localización posterior, con escasos reportes anecdóticos, considerándose una patología de presentación inusual.

Las manifestaciones clínicas más comúnmente encontradas son debido a la compresión torácica como tos, dolor y disnea; solo el 10% de los pacientes cursan con cuadro asintomático, diagnosticándose de forma tardía, por lo que el diagnóstico prenatal es extremadamente insólito. Los teratomas maduros, no producen marcadores tumorales, y no son quimiosensibles. El tratamiento es quirúrgico, con lo cual se logra tasas de curación superiores al 95% (4) (5).

TUMOR PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS METÁSTASICO, UN RETO DIAGNÓSTICO Y QUIRÚRGICO.

Autor: Claudia Elitania Espinosa Guerrero
Coautores: Daniel Hernández Arrazola, Rodrigo Díaz Machorro,
Antonio Medina Vega
Ponente: Claudia Elitania Espinosa Guerrero
Institución: Instituto Nacional De Pediatría

CASO CLÍNICO: Femenino de 15 años de edad, originaria y residente de Chilpancingo, Guerrero, sin antecedentes heredofamiliares de importancia. Diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico, en tratamiento con hidroxilcloroquina y micofenolato. Acude por cuadro de dolor abdominal tipo cólico, en epigastrio con irradiación a hipocondrio derecho, de intensidad moderada, sin exacerbaciones asociadas a alimentos; acompañada de fiebre de alto grado y vómito gástrico en tres ocasiones.

A la exploración física se palpa masa epigástrica, de consistencia firme, adherida a planos profundos, de bordes irregulares, dolorosa a la palpación, resto del abdomen es blando y depresible, sin datos de irritación peritoneal. Biometría hemática con leucocitosis a expensas de neutrofilia, linfopenia y anemia normocítica, normocrómica, PCR 20.3 y pruebas de función hepática normales. Se realiza ultrasonido de abdomen que reporta múltiples lesiones hepáticas, quísticas septadas y otras de aspecto sólido, principalmente en el lóbulo hepático derecho; en epigastrio se observa una tumoración sólida con imágenes puntiformes ecogénicas en su interior, el lóbulo izquierdo sin lesiones.

Tomografía de abdomen: hígado con múltiples lesiones nodulares difusas que afectan todos los segmentos hepáticos; además tumoración de contornos macrolobulados, en cuerpo y cola del páncreas que mide 13x11x109.7 cm, volumen calculado de 786cc, de densidad heterogénea con zonas quísticas, sólidas y calcificaciones. Resonancia simple y contrastada de abdomen con masa dependiente del páncreas que compromete parcialmente la cabeza y cuerpo, de aspecto heterogéneo con incremento en la hiperintensidad de las imágenes globulares con niveles líquido-líquido, lobulado.

Se realiza biopsia guiada por ultrasonido, con reporte de: Neoplasia sólida pseudopapilar del páncreas, inmunohistoquímica positiva: beta catenina, ciclina D1, vimentina, CD10, CKA1/AE3, Ki67: 3%. Ante la presencia de metástasis hepáticas, de forma

conjunta a oncología médica se inicia quimioterapia neoadyuvante con gemcitabina y 5-fluoracilo por 3 cursos; con respuesta parcial, disminución de tumor al 50% pero incremento en el número de metástasis hepáticas.

Posteriormente se realiza pancreatectomía del 80%, con resección tumoral del 90% por involucro de arteria mesentérica y tronco celiáco, además tumor intravascular en vena porta, en el hígado se encuentran 17 lesiones metastásicas, se toma biopsia de lesión en segmento hepático 2, con reporte de histopatología de tumor metastásico.

DISCUSIÓN: Las neoplasias pseudopapilares sólidas del páncreas se consideran neoplasias malignas de bajo grado y un pequeño porcentaje de pacientes experimenta recurrencia o metástasis¹. Soloni et al. informaron que el cisplatino, el 5-fluorouracilo (5-FU) y el GEM eran los agentes quimioterapéuticos utilizados con mayor frecuencia en el tratamiento del NPS irreseccable², motivo por el cual se administró ese esquema antineoplásico. La base del tratamiento de éste tumor, es la resección quirúrgica agresiva, si es técnicamente posible, en el caso de nuestra paciente se realizó una resección incompleta dado el involucro de estructuras vasculares, sin embargo según lo reportado por Kristen Oase et al., la neoplasia pseudopapilar sólida generalmente se asocia con un excelente pronóstico a largo plazo si se realiza una resección quirúrgica completa, incluso aunque se presenten metástasis hepáticas los pacientes experimentan una supervivencia a largo plazo similar a la de los pacientes sin metástasis tratados quirúrgicamente³.

DISCUSIÓN: Existe una importante variabilidad en el manejo de los pacientes con atresia de esófago. Se necesita crear guías para homogeneizar el manejo de esta patología si buscamos poder realizar protocolos de mejora multinstitucional. Existe un sesgo de selección en este trabajo, los cirujanos que participaron en la encuesta no reflejan la realidad en el país, pero si la de un grupo de cirujanos interesados en el manejo de esta patología.

TUMORES PRIMARIOS DE VAGINA EN PEDIATRÍA: REPORTE DE CASOS.

Autor: Eduardo Vásquez Gutiérrez
Coautores: Juan José Hernández Vázquez, Claudia María Martínez Zurita, Ilse Nallely Santivañez Estrada, Laura Patricia Raya Garza
Ponente: Juan José Hernández Vázquez
Institución: UMAE #25 IMSS, Hospital De Especialidades, Monterrey, N.L.

CASO 1: Femenino de 10 meses, un mes de evolución con sangrado transvaginal, intermitente, rojo-café oscuro, escaso, estreñimiento y dolor abdominal. Introito vaginal con protrusión de tumoración rosácea. Tacto rectal, aumento de volumen en cara anterior de 5 x 5 cm, lisa, indurada, no móvil. Radiografía de abdomen sin alteraciones, ultrasonido pélvico con imagen redondeada, ecogénica, hipervascularizada de 32x34 mm. Tomografía de pelvis simple y contrastada, imagen heterogénea, sin calcificaciones en su interior. Resonancia magnética pélvica simple y contrastada, imagen, hiperintensa en T2 e hipointensa en T1, sin realce. PET-CT, en cúpula vaginal y cérvix, imagen hipodensa, actividad metabólica difusa de 2.4 SUVmax. Marcadores tumorales iniciales Alfaetoproteína 55,663 UI/ml, B.HGC <2.3 U/ml. Biopsia incisional: neoplasia mesenquimal. Recibió 4 ciclos neoadyuvante con vinblastina, ifosfamida y cisplatino. Persisten con marcadores elevados, Realizamos vaginoscopia y cistoscopia con tumor limitado a vagina y cuello uterino, programamos vaginectomía e histerectomía encontrando, tumoración indurada de 3 x 2 cm, adherida a vagina hasta cúpula vaginal comprometiendo cuello uterino, la uretra y recto sin compromiso aparente. Reporte histopatológico: tumor de senos endodérmicos de origen vaginal. Recibió dos ciclos de quimioterapia adyuvante a base de vinblastina, ifosfamida, cisplatino y carboplatino, últimos marcadores tumorales AFP 7 UI/ml, HCG-B 0 U/ml Seguimiento por consulta. Actualmente un año en vigilancia sin actividad tumoral.

CASO 2: Femenino de 8 años, dos meses de evolución, sangrado transvaginal, rojo oscuro, intermitente, aumento de perímetro abdominal, incontinencia urinaria y pérdida de peso de 4 kg en un mes. Abdomen con aumento de volumen en mesogastrio, introito vaginal con sangrado, escaso. Radiografía de abdomen, imagen radiopaca, pélvica, desplaza asas intestinales superiormente. Ultrasonido y Tomografía abdominopélvica simple y contrastada IV, imagen pélvica heterogénea, bordes lobulados, desplaza estructuras, sin calcificaciones. Marcadores tumorales negativos, DHL 284 UI/L. Biopsia endo-

vaginal, rhabdomyosarcoma embrionario, variedad botrioides. Recibió cuatro ciclos de quimioterapia neoadyuvante. Realizamos vaginoscopia y cistoscopia con tumor dependiente de vagina. Al realizar exploración quirúrgica encontramos tumoración de 15x14 cm que invade útero, cérvix, vagina, ovario y salpinge derecha, uréter izquierdo en tercio medio y distal, implantes en omento y colon transversal, hicimos vaginectomía, histerectomía, resección parcial de uréter, y de implantes peritoneales. Presentó fistula rectovaginal secundaria, manejada con derivación intestinal tipo colostomía, con buena evolución. Reporte histopatológico: rhabdomyosarcoma variedad botrioides, origen en vagina, con invasión local y regional. Recibió 10 ciclos de quimioterapia adyuvante. Seguimiento a dos años, asintomática, sin recidiva tumoral en protocolo para reconexión intestinal. Trabajo aprobado por comité de ética e investigación hospitalaria y consentimiento informado por las madres para el uso de la información de forma anónima.

DISCUSIÓN: Los tumores vaginales primarios en pediatría son raros, representan 4.5% de todos los tumores ginecológicos en esta edad. Predomina el rhabdomyosarcoma (70%), seguido de los tumores del saco vitelino vaginales los cuales representan menos del 3% de todos los tumores germinales. Debutan con sangrado transvaginal, masa vaginal u obstrucción vesical. Estos tumores son quimiosensibles con supervivencia global >90%, baja incidencia de diseminación local o distante [1, 2]. Se evalúan con vaginoscopia, resonancia magnética y biopsia de lesiones sospechosas [3]. Se prefiere el manejo quirúrgico conservador en pacientes con tumor residual postquimioterapia neoadyuvante, dejando la cirugía radical cuando hay involucro total de la tumoración sobre los órganos pélvicos y con respuesta parcial como sucedió en nuestras pacientes con pobre respuesta a la quimioterapia citoreductora y el reporte de patología describió márgenes positivos para neoplasia [4]. La mayoría de la literatura respecto al manejo de estos pacientes se centra en series de casos, atendidos en centros especializados oncoquirúrgicos [5].

FÍSTULA BRONQUIO- ESOFÁGICA COMO COMPLICACIÓN EN PACIENTE CON REPARACIÓN ESOFÁGICA POR ATRESIA ESOFÁGICA TIPO C.

Autor: Alma Verónica Martínez Luis
Coautores: Génesis González Abarca, Katherine Bautista Jiménez, Columba Larios Medina, Dra. Astrid Cortes Vega
Ponente: Katherine Bautista Jiménez
Institución: Hospital Juárez de México

OBJETIVO. Exponer una complicación poco frecuente en reparación de atresia de esófago con fístula traqueo esofágica resuelta de manera exitosa.

Caso clínico. Femenino de 4 años, inmigrante, pretérmino, diagnóstico de atresia de esófago tipo C que se corrigió por toracotomía posterolateral derecha a los 4 días de vida, diagnóstico de estenosis esofágica secundaria, tratada con gastrostomía y dilataciones en 6 ocasiones. Malformación anorectal con fístula corregida a los 2 años. Inició padecimiento actual en el 2019, al concluir dilataciones; con tos productiva en accesos, progresiva, exacerbada durante la alimentación.

En mayo de 2023 presentó tos, dificultad respiratoria y fiebre, requirió intubación orotraqueal con variables altas de ventilación. Durante ventilación manual con presión positiva se observó salida de aire a través de sonda orogástrica, se sospechó fístula traqueo esofágica recidivante. A la exploración física caquéctica, campos pulmonares con hipoventilación basal derecha, abdomen distendido, timpánico generalizado, doloroso.

Leucocitosis 20500, neutrofilia, anemia microcítica hipocrómica, acidosis respiratoria. Radiografía toracoabdominal con atelectasia de lóbulo medio, neumonía intersticial basal bilateral, dilatación de cámara gástrica. En panendoscopia se observó orificio en tercio medio de cara anterior del esófago.

Broncoscopia con fístula de bronquio derecho a esófago, se aplicó ácido tricloroacético. Debido a distensión abdominal persistente y aumento de parámetros ventilatorios se procedió a toracotomía posterolateral derecha encontrando paquipleuritis, se localizó fístula de 1cm de bronquio derecho a esófago la cual se realizó sección con reparación bronquial y esofágica, se colocó parche pleural, sonda pleural y sonda nasogástrica transanastomótica. Evolución postoperatoria favorable, retiro de sonda pleural a los 7 días y extubación programada 12 días después de cirugía.

DISCUSIÓN. La recurrencia de la fístula es una complicación grave que ocurre del 5-15% se manifiesta con tos, episodios de aspiración y neumonía recurrente; entre más proximal y grande es la fístula más fácil es el diagnóstico.

Sin embargo, en nuestra paciente el diagnóstico fue tardío debido a la localización distal. La reoperación después de la corrección de atresia de esófago es una decisión consensuada por la dificultad del procedimiento y por el riesgo de complicaciones, la presencia de fístula recidivante de la vía aérea al esófago sin respuesta al tratamiento endoscópico es una indicación de reintervención, como fue el caso de nuestra paciente.

Se ha recomendado la interposición de tejidos como pleura o pericardio entre las líneas de sutura ya que disminuye el riesgo de recidiva, lo cual se realizó en nuestra paciente. Las fístulas del bronquio principal al esófago son pocas frecuentes, y existe escasa literatura sobre el manejo quirúrgico.

GASTROSQUISIS SIMPLE, COMPLICADA CON MÚLTIPLES PERFORACIONES, ABDOMEN CONGELADO Y PÉRDIDA DE DOMINIO ABDOMINAL. UN FINAL FELIZ.

Autor: Diana Alondra Cayetano Cabrera
Coautores: Cristian Rubén Zalles Vidal, Alejandro Alberto Peñarrieta Daher
Ponente: Diana Alondra Cayetano Cabrera
Institución: Hospital Infantil De México, Federico Gómez

CASO CLÍNICO: El siguiente caso tiene como objetivo la descripción de diversas estrategias quirúrgicas empleadas para la reconstrucción abdominal secundaria a gastrosquisis complicada. Se trata de recién nacido de 38 semanas de gestación, con diagnóstico prenatal de gastrosquisis, obtenido por cesárea, Apgar 8/9, peso de 2950 gr, talla 50 cm. A la exploración se observa exposición de asas de intestino grueso y delgado desfacelado, violáceo, dilatado, con GPS (Gastrosquisis Prognostic Score) de 1. En hospital de origen se decide cierre de defecto por etapas con silo quirúrgico con bolsa de solución suturada a aponeurosis. A los 11 días de vida se evidencia perforación intestinal, realizando laparotomía exploradora (LAPE) con presencia de perforación a 70 cm de la válvula ileocecal, se realiza anastomosis. A las 72 horas presenta gasto de meconio a través de silo, se lleva a cabo segunda exploración encontrando dehiscencia de anastomosis, asas intestinales muy friables y serositis generalizada. Paciente con mal pronóstico para la vida y sin más opciones terapéuticas que ofrecer en sitio de origen, se decide referencia a nuestra institución. A los 28 días de vida ingresa a nuestra institución, con inestabilidad hemodinámica bajo ventilación mecánica invasiva, con desnutrición (peso de 2480 gr) y silo quirúrgico desprendido de pared abdominal. A la exploración se aprecia hígado incluido en el defecto, abdomen congelado y con 5 fistulas enteroatmosféricas. Para su estabilización inicial se procede al lavado de cavidad, colocación de dispositivo Alexis y aplicación de toxina botulínica a la pared abdominal retraída, guiada por ultrasonido.

A los 10 días de su ingreso se programa para adherenciolisis de yeyuno proximal, se cierra una fístula enteroatmosférica yeyunal en dos planos y se realiza yeyunostomía de dos bocas a 20 cm del duodeno para evitar contaminación abdominal. A los 5 días postquirúrgicos se encuentra disminución de inflamación intestinal, sin embargo, presenta perforación de estoma distal de

yeyunostomía secundario a isquemia por anillo del Alexis, se realiza LAPE con adherenciolisis extensa, se resecan fistulas enteroatmosféricas ileales y anastomosis termino terminal, se remodela estoma distal en yeyunostomía intubada con sonda pezzet 10 Fr y se confecciona silo quirúrgico con malla de prolene. Se logra reducción del continente abdominal en 9 días y cierre de pared sin malla.

La ventilación mecánica se mantuvo durante 42 días, la recuperación nutricional se llevo a cabo de forma mixta con nutrición parenteral empleada por 88 días, alimentación enteral que inició a los 7 días posteriores al cierre de pared con fórmula extensamente hidrolizada a 50 ml/kg/día por vía oral y por yeyunostomía distal a 120 ml/kg/día, además de puenteo intestinal del estoma proximal. Se logró aporte enteral total a los 23 días posteriores al cierre (75 días de vida). Se programó para cierre electivo de yeyunostomía a los 3 meses postquirúrgicos, egresando a los 134 días de estancia hospitalaria (5 meses de vida), con peso de 4575 gr y 58 cm de talla. Continuó en seguimiento, a los 6 meses de vida se encuentra pared abdominal íntegra, suficiencia intestinal con crecimiento y desarrollo óptimos, actualmente con 10 meses de edad, última valoración nutricional con peso de 9 kg (z -0.19), talla 65 cm (z -3.67), peso/talla (z 2.32).

DISCUSIÓN: Aun cuando la sobrevida de pacientes con gastrosquisis es muy buena, podemos enfrentarnos a casos muy complejos, ya sea por complicaciones congénitas o adquiridas. En el caso de este paciente que presentó múltiples complicaciones, ejemplificamos las estrategias empleadas para su resolución, entre las que destacan: la derivación alta para control de fistulas, botox para facilitar cierre futuro de pared abdominal, reconstrucción intestinal protegido por derivación proximal, silo quirúrgico de prolene y estrategia de nutrición parenteral y con puenteo intestinal. Empleando un trabajo multidisciplinario se logró un final feliz.

USO DE VAC ESOFÁGICO EN FUGA ANASTOMÓTICA POR ATRESIA DE ESÓFAGO TIPO III. REPORTE DE CASO

Autor: Rubi Beatriz Martínez Carmona
Coautores: Joel Cazares Rangel, Jorge A. Cantú Reyes, Abeud Ruiz Martínez, Miguel A. Torres Salas
Ponente: Rubi Beatriz Martínez Carmona
Institución: Hospital Regional Materno Infantil

INTRODUCCIÓN: La atresia esofágica puede aparecer de forma aislada o sindrómica que se producen con una misma frecuencia. Comúnmente acompañándose de asociación VACTER. La reparación quirúrgica puede ser mediante toracotomía o por toracoscopia. Las principales complicaciones de la reparación quirúrgica se reportan en fugas anastomóticas (3-17%), estenosis (17-60%) y fístula traquesofágica recurrente (3-10%). Estos casos requieren cirugías complejas, que permitan anastomosar los cabos, con el consecuente riesgo de dehiscencia por la tensión ejercida, muchas veces es debido a la calidad del tejido y se convierte en fístula, que actualmente tiene un manejo conservador con tratamiento médico, endoscópico o reintervención quirúrgica.

OBJETIVO: Presentar un caso de éxito de cierre de fuga anastomótica posterior a plastia esofágica por atresia esofágica tipo III con endo-VAC en un hospital en el norte de México.

CASO CLÍNICO: Recién nacido masculino de término, sin control prenatal adecuado que ingresa a cesárea urgente por estado fetal incierto. APGAR 6/9 y SA de 2. Peso 2950 gramos, talla 49 cm. Pasa a cuneros con oxígeno, donde presenta cianosis requiriendo un ciclo de ventilación con presión positiva con mejoría, se intenta colocar sonda orogástrica sin lograr objetivo. Se inicia abordaje por atresia de esófago. Radiografía con contraste evidenciando la presencia de cabo próxima ciego, con burbuja gástrica presente y presencia de gas distal. Valoración por cardiología pediátrica documentando: Arco aórtico a la izquierda y comunicación interventricular perimembranosa de 3 mm. Sospecha diagnóstica Atresia esofágica tipo III, se realiza cirugía toracoscópica a los 8 días de vida por condiciones del paciente. Hallazgos quirúrgicos: atresia esofágica tipo III (3 cuerpos vertebrales de separación entre cabo superior e inferior).

Se realiza plastia y cierre de fístula sin complicaciones. Se coloca sonda pleural 12 Fr en sitio de trocar. Se deja sin succión, cierre por planos. Pasa a cuidados intensivos neonatales intubado. Cursando con la siguiente evolución: al 7o día postquirúrgico se realiza estudio contrastado evidenciando de fuga anastomótica hacia vía aérea, se realiza endoscopia corroborando solución de continuidad de 3mm por lo cual se coloca endo-VAC (con materiales contruidos cumpliendo el principio de la terapia) con presión de 100mmHg. A las 72 horas se realiza nueva endoscopia con disminución del defecto en un 50%.

Se realiza recambio del endo-VAC. Tras 3 días se realiza nueva endoscopia sin evidencia de fuga a vía aérea en sitio de anastomosis esofágica. Inicia vía oral al día siguiente por succión, con incremento paulatino de acuerdo con guías establecidas. Con endoscopia de control una semana después de inicio de la vía oral sin evidencia de refistulización, fuga, ni estenosis. Continúa con manejo antirreflujo y se da de alta al completar vía oral. Al momento en citas de seguimiento con adecuada ganancia ponderal.

DISCUSIÓN: La terapia de vacío endoluminal E-Vac mayormente utilizada en injertos cutáneos, heridas crónicas y quemaduras. Logró adaptarse para su uso en fistulas esofagogástricas (Ivor Lewis) inicialmente en adultos desde 2008. Se caracteriza por mantener succión a presión negativa continua mediante la colocación de una esponja conectado a un dren produciendo cambios como depósito de fibrina, neo epitelización, modulación de la inflamación y el cierre secundario del defecto fistuloso, siendo importante su adaptación en pediatría en la fugas o fistulas postquirúrgicas de atresias esofágicas. Pocos son los casos reportados debido a que no hay un equipo patentado para su realización. Sin embargo, los resultados en diversos estudios reportan cierre de fugas hasta un 95% como en nuestro caso.

SINDROME DE CHAOS MANEJO CON TRATAMIENTO EXIT.

Autor: Rodrigo Prado Vázquez
Coautores: Oscar Guido Remires, Cinthya Paola Ortega Mejía, Alfredo José Machuca Vaca, Miguel Ángel Ramírez Garnica
Ponente: Cinthya Paola Ortega Mejía
Institución: Instituto Nacional De Perinatología Isidro Espinosa De Los Reyes

REPORTE DE CASO: Madre de 35 años, referida con 26.2 SDG con antecedente de ultrasonido obstétrico con reporte de ascitis fetal, feto con ambos pulmones simétricos e hiperecogénicos aumentados de tamaño con presencia de diafragma invertido, estudio de resonancia magnética prenatal con aumento de volumen e intensidad de señal en ambos pulmones con aplanamiento de los diafragmas y el mediastino considerando la posibilidad diagnóstica de síndrome de obstrucción congénita de la vía aérea superior (CHAOS).

Se realizó fetoscopia confirmando obstrucción de la vía aérea. A las 34.4 SDG la paciente inicia con ruptura de membranas y actividad uterina por lo que se decide interrupción del embarazo. Se realiza cesárea manteniendo la circulación feto-placentaria, con el producto a pie de cama se inicia intervención quirúrgica.

Se realiza tratamiento intraparto exútero (EXIT) manteniendo durante 5 minutos la circulación feto placentaria, se realiza incisión a nivel de cuello a una distancia media de cartílago cricoides y manubrio del esternón, disección por planos de la musculatura de cuello hasta localizar tráquea con interrupción en la porción superior, se realiza traqueotomía del segmento distal colocando cánula de traqueostomía 2.5 cm, en este momento se interrumpe la circulación feto-placentaria.

El paciente se mantuvo hospitalizado durante 46 días sin presentar otras complicaciones, fue egresado posterior a la capacitación de la madre para el manejo del paciente con traqueostomía.

DISCUSIÓN: La causa más común de CHAOS es la atresia laríngea, sin embargo, también puede ser causada por estenosis o agenesia traqueal.

Este síndrome ocasiona atrapamiento de líquido intrapulmonar produciendo sobreexpansión pulmonar e inversión del diafragma.

El diagnóstico prenatal es de suma importancia, debido a que se trata de una enfermedad letal en caso de no tener diagnóstico y la determinación del nivel de obstrucción es fundamental para la planificación del procedimiento a realizar.

El tratamiento ha sido variable a través de los años debido a la diferente presentación y falta de diagnóstico prenatal en nuestro medio por lo que proponemos el tratamiento de EXIT como alternativa viable para el manejo inicial de los pacientes con esta patología

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES ASOCIADAS A CATÉTERES PUERTO EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autor: Eduardo Vásquez Gutiérrez
Coautores: Susana Galván Losada, Jhocelyn Patrizia Ibañez Martínez, Claudia María Martínez Zurita, Ibraim Soto García
Ponente: Susana Galván Losada
Institución: IMSS - Unidad Médica De Alta Especialidad No. 25

INTRODUCCIÓN: Los dispositivos vasculares son un pilar fundamental en el manejo de pacientes hemato-oncológicos e impactan positivamente en su calidad de vida; sin embargo, no están exentos de complicaciones, desde su inserción, durante el mantenimiento y hasta el retiro del dispositivo.

La incidencia anual de complicaciones en la literatura es alrededor del 14% y es causa importante de morbilidad. El objetivo del estudio es identificar las principales complicaciones de los dispositivos vasculares totalmente implantables y las causas que lo originaron en la población pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se hizo la búsqueda de la información en los censos de procedimientos de quirófano y del Servicio de Cirugía Pediátrica durante el periodo del 01 de marzo del 2017 al 31 de marzo del 2022.

Se incluyeron niños de 0 a 15 años en quienes se colocó un catéter totalmente implantado por parte nuestro servicio, se excluyeron a los pacientes fuera de rango de edad o los colocados en otra unidad y por otro servicio, y se eliminaron aquellos que no contaban con registros completos. Se diseñó una hoja de recolección de datos para obtener la información específica de las variables del estudio y se capturaron los registros en una base de datos, previo consentimiento del Comité Local de Ética e Investigación y autoridades correspondientes. Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics v25 para el análisis estadístico.

El análisis descriptivo se llevó a cabo mediante medidas de tendencia central y porcentaje; para las variables cualitativas se generaron tablas de frecuencias y gráficos.

RESULTADOS: Se incluyeron 204 pacientes, con una edad media de 5.51 años y un predominio del género masculino (64.22%). Identificamos la presencia de complicaciones en el 54.90%, las más frecuentes fueron mecánicas (51.79%), seguidas de las in-

fecciosas y hemorrágicas, con un 46.43% y 1.78% respectivamente. Durante el estudio, un total de 126 pacientes ameritaron el retiro del catéter, el 74.60% fue secundario a las de complicaciones. El principal agente infeccioso aislado fue el *Staphylococcus epidermidis* en el 26.92%, seguido de *Enterobacter cloacae* complex en 21.15%.

DISCUSIÓN: Al analizar los resultados, se documentó una tasa de complicaciones más alta a la reportada a la literatura, así como de la frecuencia de complicaciones mecánicas, en contraste a otros estudios donde las infecciosas son predominantes.

Los estafilococos coagulasa negativos son los mayormente asociados a infección y nuestro estudio concuerda con la literatura. Llama la atención que la mayoría de complicaciones registradas se presentaron en el postquirúrgico, durante el uso y mantenimiento del catéter, y se asoció a la falta de recursos y de capacitación de personal en el uso y cuidado de los dispositivos intravasculares.

CONCLUSIONES: El análisis de los resultados obtenidos en el presente estudio deja en evidencia áreas de oportunidad en el manejo de los catéteres de puerto en nuestro medio. La tendencia de limitar recursos en el cuidado y mantenimiento de los dispositivos vasculares han tenido un impacto negativo en el manejo de los pacientes hematooncológicos, extrapolar los trabajos realizados en centros de primer nivel, que cuentan con todos los recursos y equipos necesarios donde la tasa de complicaciones es significativamente más baja, los cuáles no están disponibles en muchas de nuestras instituciones de salud.

"EVALUACIÓN DE SEGURIDAD Y EFICACIA DEL PROTOCOLO TERAPÉUTICO DE RECUPERACIÓN ACELERADA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA EN NIÑOS CON APENDICITIS COMPLICADA"

Autor: Gabriela Ambriz González
Coautores: Ana Beatriz Calderón Alvarado, Ishtar Cabrera Lozano, Clotilde Fuentes Orozco, Valeria Guadalupe Ramírez Ríos
Ponente: Ishtar Cabrera Lozano
Institución: UMAE Hospital De Pediatría Del C.M.N. De Occidente

INTRODUCCIÓN. La apendicitis es el proceso patológico quirúrgico más común en edad pediátrica. Un tercio de los pacientes presentan una enfermedad complicada, incrementando el tiempo de estancia hospitalaria, complicaciones, y por consecuencia, costos hospitalarios. El concepto de recuperación acelerada después de la cirugía (RADC), ERAS, por sus siglas en inglés (Enhanced Recovery After Surgery), es una estrategia que optimiza el manejo perioperatorio, y presume lograr una recuperación en menor tiempo y sin aumento de complicaciones, reduciendo costos.

OBJETIVO. Evaluar la seguridad y eficacia de la aplicación de un protocolo terapéutico de RADC y compararlos con el manejo convencional en niños con apendicitis complicada.

MATERIAL Y MÉTODOS. Ensayo clínico controlado (ECC), simple ciego, realizado en pacientes operados de apendicectomía abierta por apendicitis complicada, entre 1 y 17 años de edad. Se realizó un cálculo muestral para una confiabilidad de 95%, requiriendo 20 pacientes por grupo. Se asignó a cada participante a un grupo de tratamiento en base a muestreo probabilístico aleatorio simple, mediante uso de software (OxMaR), grupo experimental (GE) con protocolo RADC, o grupo control (GC) con manejo convencional, y fueron seguidos hasta el día 30 posoperatorio.

Se analizaron características demográficas y perioperatorias, días de estancia hospitalaria (efectividad) y complicaciones postoperatorias (seguridad). Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión, así como frecuencias y porcentajes; las variables cuantitativas se analizaron con prueba estadística de T de Student y las cualitativas con prueba Chi-cuadrada de Pearson (χ^2). Se contó con consentimiento informado, aproba-

ción por el Comité de Ética en Investigación y el Comité Local de Investigación en Salud del Hospital, se apegó a los lineamientos de la declaración CONSORT y fue registrado en ClinicalTrials.gov.

RESULTADOS. El estudio se realizó de julio a diciembre de 2022, encontrando 63 pacientes con apendicitis complicada, se excluyeron 22, se eliminó 1, y se incluyeron 40, 20 pacientes en cada grupo.

Las características demográficas y perioperatorias no difirieron significativamente entre los grupos de tratamiento. El GE mostró una reducción de estancia hospitalaria de 2.05 días ($p=0.001$). Y la frecuencia de complicaciones, fue similar para ambos grupos.

DISCUSIÓN. El manejo postoperatorio en apendicitis complicada sigue siendo complejo. La literatura muestra, que varios elementos del protocolo RADC han sido aplicados en pacientes pediátricos, argumentando disminuir los días de estancia hospitalaria sin aumentar la morbilidad, sin embargo, no hay publicado un ECC que lo demuestre. Los resultados de este estudio apoyan el uso del protocolo RADC con una validez metodológica mayor que en los trabajos previos.

CONCLUSIONES. La implementación de un protocolo RADC para el tratamiento de la apendicitis complicada es una alternativa eficaz y segura, y que ofrece potencialmente, una disminución importante en los costos hospitalarios.

CORRELACIÓN ENTRE EL PUNTAJE DE ALVARADO Y DATOS ULTRASONOGRÁFICOS POSITIVOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS”

Autor: Samuel Fernández Valiñas
Coautores: Mario Enrique Rendón Macias, Edmundo Jesus Rodríguez Aranda, Luis Román Pedraza González
Ponente: Samuel Fernández Valiñas
Institución: Hospital Español De Mexico

INTRODUCCIÓN: La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente en la edad pediátrica. Para el diagnóstico, la clínica es lo principal, pero en casos de duda tenemos que apoyarnos en estudios de imagen. De estos estudios, uno de los más usados es el ultrasonido. El objetivo del estudio fue ver si existe una relación entre la calificación de Alvarado y los hallazgos ultrasonográficos positivos, teniendo como diagnóstico definitivo el reporte histopatológico del apéndice.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio de casos, retrospectivo, transversal, con revisión del expediente clínico, el reporte de ultrasonido y el reporte de la pieza patológica. Se revisaron los casos de apendicitis aguda, operados entre el 1 de noviembre de 2017 al 31 de octubre del del 2019. Se realizaron en el hospital 64 apendicectomías. Se descartaron 5 pacientes, por falta de reporte de ultrasonido, o no tener los datos del puntaje de Alvarado. El número final de pacientes estudiados fue de 59. El análisis se realizó considerando una significancia estadística con un valor de $p < 0.05$ (probabilidad de error alfa) y un poder estadístico del 80% para muestras de cantidad variable. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico JASP ® versión 2. Y Prism ® versión 9.

RESULTADOS: El PA (puntaje de Alvarado) y el UA (ultrasonido abdominal) presentaron una correlación baja (Rho de Spearman: 0.24, $p = 0.05$). El PA mostró una sensibilidad (sen): 41.5% y especificidad (esp): 100% con puntaje de alto riesgo (7 o mas), pero una sensibilidad de 81% y esp: 54% con puntajes de riesgo intermedio y bajo. El UA (ultrasonido abdom-

inal) mostró tener un sen: 68.9% y esp: 90.9% con reportes positivos, y una sen: 86% y esp: 72.7% con reportes de incertidumbre y negativos. En la combinación: Un puntaje de EA 7 o más, predijo apendicitis (independientemente del resultado del US). Un puntaje intermedio (5 a 6) con US positivo el 82.1% tuvieron apendicitis. Puntaje 4 o menos con US abdominal positivo: 100% apendicitis y con US incierto el 83% y con uno negativo 50%.

DISCUSIÓN: El ultrasonido fue más específico, pero menos sensible que la calificación de Alvarado, cuando esta es mayor a 7. La correlación entre ambos métodos diagnósticos fue baja. En nuestro estudio la sensibilidad del ultrasonido fue similar a la reportada en la literatura, pero la especificidad fue más baja.

CONCLUSIONES: Con una calificación de Alvarado mayor de 7, recomendamos la intervención quirúrgica. Con 5 y 6 puntos, con datos de US positivos, recomendamos intervención quirúrgica.

CIRUGÍA DE MÍNIMA INVASIÓN POR PUERTO ÚNICO Y PUERTOS REDUCIDOS. EXPERIENCIA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA EN MÉXICO.

Autor: Joel Cazares Rangel
Coautores: Jorge Albero Cantú Reyes, Marbella Sepúlveda Valenzuela, Miguel A. Torres Salas, Arturo Guillén Cárdenas
Ponente: Arturo Guillén Cardenas
Institución: Hospital Regional Materno Infantil

INTRODUCCIÓN: La cirugía laparoscópica pediátrica ha evolucionado con la intención de mejorar los resultados clínicos y el aspecto estético de los pacientes mediante técnicas innovadoras y menos invasivas como la cirugía de puerto único y/o puertos reducidos; utilizando la cicatriz umbilical como vía única de acceso en la primera y agregando uno o dos trocares adicionales en la segunda. Presentamos la experiencia de nuestro hospital en este tipo de intervenciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, serie de casos de nuestra experiencia en cirugía laparoscópica de puerto único y puertos reducidos en el periodo entre enero 2017 a junio 2023. El estudio fue autorizado por el comité de Ética e Investigación del hospital. Se incluyeron pacientes menores de 16 años, expediente completo y contar con los insumos necesarios. Se excluyeron pacientes con expediente incompleto y en horario fuera del turno matutino. Se registraron y analizaron los datos obtenidos en una base de datos de Excel. Se utilizaron dispositivos de puerto único como el Quadport® y GelPORT® mini (no dispositivos artesanales debido a la ausencia de fulcrum), pinzas laparoscópicas convencionales, reticuladas y/o curvas dependiendo de la patología; Ligasure, engrapadoras quirúrgicas y separador en casos necesarios.

RESULTADOS: Se realizaron un total de 144 cirugías de puerto único y puertos reducidos donde encontramos una media de edad de 7 años (DE = 4.8) en la distribución etaria obteniendo 27 lactantes, 38 preescolares, 30 escolares y 49 adolescentes. La distribución de género 81 femeninos (56%) y 63 masculinos (44%). Del total de intervenciones se reportan 99 (69%) por puerto único realizándose: hernioplastias (21%), apendicectomías (19%), colecistectomías (15%), salpingooforectomías (4%), resecciones de divertículo de Meckel (1%), varicocelecomías (1%), biopsias pulmonares (1%) y hepáticas (1%), laparoscopías diagnósticas (1%), resecciones de quiste mesentérico (1%), orquidopexia (1%) y colocación de catéter de diálisis peritoneal (1%).

De cirugías de puertos reducidos se realizaron 45 (31%) incluyendo procedimientos: resección de quiste de colédoco con derivación biliodigestiva (13%), procedimiento de Kasai (8%), esplenectomía con o sin colecistectomía laparoscópica (3%), funduplicatura de Nissen con o sin gastrostomía (3%), ascenso gástrico (2%), pancreatectomía (1%) y descenso tipo Swenson videoasistido (1%). No hubo conversión a cirugía laparoscópica convencional o abierta, no se presentaron complicaciones operatorias y post-operatorias.

DISCUSIÓN: Presentamos nuestra experiencia con este método quirúrgico que mejora el aspecto estético, menor dolor postoperatorio en comparación a la laparoscopia convencional y reduce la cantidad de puertos necesarios. Es importante mencionar que se observó un incremento hasta en 15% más del tiempo quirúrgico y la habilidad necesaria del operador para ejecutar estos procedimientos en comparación con los procedimientos laparoscópicos convencionales al no existir triangulación. Es fundamental realizar estudios comparativos con la laparoscopia convencional a largo plazo.

CONCLUSIÓN: Nuestra experiencia con la cirugía mínimamente invasiva de puerto único y puertos reducidos nos ha permitido mejorar la forma en la ejecutamos procedimientos laparoscópicos, al realizar procedimientos en espacios reducidos, así como disminución de la curva de aprendizaje y al contrario de los pacientes adultos, no hemos presentado complicaciones relacionadas a la aparición de hernias postincisionales. Cabe mencionar que en el aspecto estético al no presentar cicatrices evidentes, los pacientes y sus padres refirieron mayor satisfacción principalmente en el género femenino.

CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA EL MANEJO DE OBSTRUCCIONES DUODENALES, 10 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN EL NORTE DE MÉXICO.

Autor: Joel Cazares Rangel
Coautores: Jorge A. Cantu Reyes, Marbella Sepulveda Valenzuela, Miguel A. Torres Salas, Jorge Colin Garnica
Ponente: Joel Cazares Rangel
Institución: Hospital Regional Materno Infantil

INTRODUCCIÓN: La atresia y estenosis duodenal representan la causa de obstrucción intestinal alta congénita más común en el periodo neonatal, con una prevalencia en población general 1:5000 y una relación estrecha en pacientes con diagnóstico de Síndrome de Down, el abordaje laparoscópico es considerado más complejo con relación al abordaje abierto. Presentamos nuestra experiencia en el manejo laparoscópico de obstrucciones duodenales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo con revisión de los expedientes de los pacientes con el diagnóstico de obstrucción duodenal (atresia o estenosis) desde enero de 2013 hasta mayo de 2023, todos intervenidos quirúrgicamente por laparoscopia, los cuales contaban con radiografía inicial sugerente de esta patología además de ultrasonido abdominal como métodos diagnósticos preoperatorios y realizando un abordaje laparoscópico colocando un puerto umbilical de 5 mm, dos laterales de 3 mm uno a nivel de línea media clavicular por debajo del borde costal izquierdo para la mano dominante y otro ligeramente supra umbilical derecho a nivel de línea media clavicular, estos tres fijados a piel con anillo plástico y puntos simple de sutura, utilizando neumoperitoneo en rango de 5-8 mmHg, realizando la retracción hepática un punto percutáneo en el ligamento falciforme y dos más en ambos lóbulos hepáticos para mejor exposición, movilizándolo el colon derecho hacia la izquierda hasta la parte inferior del ligamento de Treitz para exponer el duodeno superior dilatado y el duodeno inferior. En todos los casos se usó sutura PDS 4-0 para las anastomosis, no se dejó drenaje y se realizó tránsito intestinal al quinto día para descartar fugas e iniciar la vía enteral.

RESULTADOS: Se identificaron 946 registros de pacientes reportados como obstrucciones intestinales altas congénitas, 46 con diagnóstico de obstrucción duodenal con una relación 1:1 en la incidencia entre género masculino y femenino, excluyendo para el análisis 3 por haber sido tratados de manera abierta, siendo 43 el total de la muestra; el procedimiento con

técnica de Kimura por laparoscopia se realizó en 31 pacientes (72%), 9 pacientes (21%) se realizó duodenotomía y anastomosis (21%) se realizó de Heineke-Mikulicz, en 3 pacientes (7%) efectuamos duodeno-duodeno anastomosis latero-lateral. La causa más común en nuestra población de obstrucción duodenal fue el páncreas anular en 21 pacientes (49%), seguido por la atresia duodenal tipo I en 17 pacientes (40%), atresia duodenal tipo III en 3 pacientes (7%) y finalmente la atresia duodenal tipo II en 2 pacientes (4%). Quince de nuestros pacientes (35%) tuvieron diagnóstico prequirúrgico de Síndrome de Down. El tiempo de duración promedio del procedimiento fue de 112 minutos (90-140min), solo un caso requirió una conversión a cirugía abierta por encontrar una atresia yeyunoileal concomitante. La media de inicio de la alimentación enteral postoperatoria fue de 6 días (5-15) con una estancia hospitalaria promedio de 21 días (15-26). La única complicación postquirúrgica reportada fue la dehiscencia de anastomosis (parcial) reportándose en solo dos pacientes (4%) iniciales.

DISCUSIÓN: La cirugía de mínima invasión para las obstrucciones duodenales se considera un procedimiento de alta dificultad debido a que la gran mayoría de los pacientes son neonatos, con una cavidad abdominal pequeña y con un mayor tiempo quirúrgico que la cirugía abierta.

CONCLUSIONES: Consideramos que en nuestra experiencia el abordaje laparoscópico para obstrucciones duodenales es factible, seguro y con la posibilidad de una alimentación temprana, debido a las propiedades de la laparoscopia como magnificación al realizar las anastomosis, menor estancia hospitalaria y cicatrices imperceptibles. Presentamos la casuística más grande de pacientes abordados por laparoscopia en México.

FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE SEPSIS EN PACIENTES CON GASTROSQUISIS

Autor: Paulina Lizeth Román Félix
Coautores: Cristian Ruben Zalles Vidal, Alejandro Peñarrieta Daher, Desirée López González
Ponente: Paulina Lizeth Román Félix
Institución: Hospital Infantil De México "Federico Gómez"

INTRODUCCIÓN: La gastrosquisis normalmente requiere de hospitalización prolongada. A pesar de la mejoría en la sobrevida de estos pacientes, las infecciones continúan siendo una causa importante de morbi-mortalidad.

OBJETIVO: Describir los factores asociados a sepsis nosocomial en los pacientes con gastrosquisis tratados en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional analítico, se incluyeron todos los pacientes con gastrosquisis tratados entre enero 2014 a junio 2021. Analizando los pacientes que presentaron sepsis vs los que no. Los factores estudiados fueron: edad materna, diagnóstico prenatal, edad gestacional, tipo de nacimiento, el peso y la talla y el tipo de cierre del defecto, así como los días en los que se cerró a los pacientes con cierre por etapas. En un análisis secundario se describen las características infecciosas.

RESULTADOS: Se incluyeron 134 pacientes, 64 (47%) fueron hombres, la mediana de edad gestacional en ambos grupos fue 36 SDG, 79 (58%) pacientes desarrollaron sepsis nosocomial. Al comparar los grupos, los pacientes con sepsis tuvieron una mayor calificación GPS al ingreso (1.7 +/- 1.9 vs 1.1 +/- 1.1) $p=0.04$, tuvieron una mayor proporción de cierre con sutura 17 (22.1%) vs 3 (5.6%) $p=0.009$; días de cierre 6.0 +/- 4.5 vs 4.1 +/- 1.9 $p=0.006$ y necesidad de reoperación en 22 (28.2%) vs 2 (3.6%) $p<0.001$. La principal causa de reoperación fue intolerancia a la vía oral. No encontramos diferencias significativas en peso, talla, edad gestacional, grado de peritonitis ni mortalidad (8.8% vs 3.6%). En análisis de regresión multivariado, los días de cierre fue la única variable de riesgo significativa (ajustando por calificación GPS y gastrosquisis compleja) OR 1.23 IC 95% 1.01 – 1.5 $p=0.040$.

Los pacientes que desarrollaron sepsis presentaron una estancia hospitalaria más prolongada 64.2 +/- 58.6 vs 27.6 +/- 10.8% $p<0.001$; así como días de NPT 40 +/- 30.2 vs 20.8 +/- 8.4 $p<0.001$. De los pacientes que desarrollaron sepsis se identificó foco neumónico en 17.2%, Infección de herida quirúrgica 27.1%, y enterocolitis 21.1%, no se aisló el agente causal en el 39.6% de los casos. De los 79 pacientes que presentaron sepsis 25(18.7%) presentó choque séptico y 7 pacientes fallecieron.

CONCLUSIÓN: Las infecciones nosocomiales en gastrosquisis asocian a mayor necesidad de días de NPT, así como de estancia hospitalaria. La mortalidad en el grupo con sepsis fue mayor, aunque no significativa.

El principal factor de riesgo asociado a sepsis nosocomial en pacientes con gastrosquisis fue la necesidad de más días para el cierre. Por cada día extra, se incrementa un 23% más de riesgo para presentar sepsis, por lo cual este debe ser sistematizado para lograr un cierre rápido pero seguro.

SISTEMA ENDOVAC: EXPERIENCIA EN PERFORACIÓN ESOFÁGICA EN UN CENTRO PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL EN MÉXICO.

Autor: Mitzi Pamela Reséndiz Vélez
Coautores: Mario Javier Peña García, Alejandro Alberto Peñarrieta Daher, Cristian Rubén Zalles Vidal, Gustavo Teyssier Morales
Ponente: Mitzi Pamela Reséndiz Vélez
Institución: Hospital Infantil De México "Federico Gómez"

CASO CLÍNICO: Las perforaciones esofágicas pueden tener desenlaces catastróficos. Recientemente se ha propuesto el Endovac para el manejo de las mismas. Describimos nuestra experiencia inicial.

Caso 1.- Masculino de término con atresia esofágica tipo I de 7 cuerpos vertebrales y tetralogía de Fallot. Se realizó gastrostomía laparoscópica en periodo neonatal, posteriormente anastomosis primaria diferida y corrección total de la cardiopatía en los primeros meses de vida. Al año de seguimiento, se realizó funduplicatura laparoscópica por hernia hiatal. A los 3 años, por hernia hiatal recidivante ameritó una re-funduplicatura. A la semana posquirúrgica, se documenta lesión esofágica inadvertida con dos perforaciones en espejo del esófago distal a 25 cm de arcada dentaria y se coloca endovac. Se realiza revisión 6 días después, observando mucosa esofágica eritematosa con tejido de granulación en toda la circunferencia esofágica, además de natas de fibrina, se coloca nuevo Endovac. A la semana siguiente, se realiza endoscopia observando sitio de perforación cerrado con tejido de granulación, se inicia vía oral con adecuada tolerancia y sin complicaciones. Actualmente, el paciente tiene 6 años se encuentra con buena evolución, recuperación total de la alimentación oral, ameritó cierre quirúrgico de fístula gastrocutánea.

Caso 2.- Femenino de término con Atresia esofágica tipo I de 6 cuerpos vertebrales, operada de gastrostomía laparoscópica como protocolo de anastomosis esofágica primaria diferida. Se realizó plastía esofágica a los 2 meses. Presentó fístula esófago pleural persistente que se manejó con dilatación de la anastomosis esofágica a las 3 semanas postquirúrgicas. Se realizó en la misma hospitalización, funduplicatura abierta por hernia hiatal sintomática. Durante el seguimiento, cursa con estenosis esofágica que requirió dilataciones con balón ambulatorias. Durante la quinta dilatación, presentó perforación esofágica del 40% en sitio de anastomosis previa secundario a dilatación con balón endoscopio hasta 10 mm. Se coloca Endovac, a los 5 días se realiza endoscopia

de control observando perforación esofágica de menor tamaño respecto al estudio previo, se realiza recambio de Endovac. Una semana después, se observa zona afectada íntegra. Actualmente la paciente de 10 meses de edad con alimentación oral total, con adecuada ganancia ponderal y un buen neurodesarrollo.

Caso 3.- Masculino con asociación VACTERL, Atresia esofágica III con fístula traqueo-esofágica distal grande a 2 anillos traqueales de la carina y cabo proximal > 10 cm de la arcada dental, atresia duodenal tipo 3, ERC KDOQI IV por uropatía obstructiva por valvas de uretra posterior. Se realizó plastía esofágica abierta al segundo día de vida presentando fístula esófago pleural al cuarto día postquirúrgico. Se inicia manejo conservador y se realiza plastía duodenal a los 18 días de vida sin complicaciones. A las 2 semanas presenta persistencia de la fístula esofagopleural, se realiza endoscopia observando esófago de adecuado calibre y distensibilidad, y en sitio de plastía se localiza fístula esofágica a 10 cm de la arcada dental. Se coloca sistema endovac resolviendo en un periodo de 10 días. Durante el seguimiento cursa con progresión de la ERC ameritando terapia de sustitución renal. Actualmente el paciente tiene 3 años, ha evolucionado favorablemente sin presentar otras complicaciones tolerando alimentación oral total. Este año se le realizó un trasplante renal de donador vivo relacionado con éxito.

Las perforaciones esofágicas presentan alta morbimortalidad, con alta probabilidad de pérdida esofágica. Observamos que el endovac es una alternativa reproducible y con poca morbilidad asociada. Todos los pacientes toleraron el sistema Endovac y cursaron con cierre de la perforación. Se concluye que el sistema EndoVac es una alternativa terapéutica adecuada para conservar el esófago y evitar cirugía de sustitución, especialmente para pacientes con múltiples comorbilidades asociadas.

SILO ANCLADO VS SILO PREFORMADO TIPO ALEXIS COMO TRATAMIENTO DE GASTROSQUISIS EN DOS HOSPITALES DEL SURESTE DE MÉXICO.

Autor: Melisa Sánchez Marín
Coautores: Marcelo Fabian Sotomayor Reyes, Eduardo Manuel Borbolla Sala
Ponente: Melisa Sánchez Marín
Institución: Hospital Regional De Alta Especialidad Del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón”

INTRODUCCIÓN: Gastrosquisis es una malformación congénita de la pared abdominal anterior. Descrito por primera vez por Celso y Aegineta. En 1873 Visick describió la reparación exitosa. En México, tiene una incidencia de 8.5 casos por 10,000 RNV. El tratamiento ideal de gastrosquisis es al nacimiento con cierre primario de la pared abdominal, y si esto no es posible, se opta por cierre en etapas, mediante la colocación de un silo alrededor de los bordes del defecto con plicaturas progresivas, en las que se introduce el contenido intestinal extra-abdominal a la cavidad para en un segundo tiempo quirúrgico realizar el cierre de dicha pared. El cierre mediante el aro Alexis favorece la introducción del contenido intestinal a la cavidad abdominal. Debido al incremento de la tasa de natalidad en el país, existe un incremento en la probabilidad de nacimientos de niños con malformaciones congénitas entre ellos gastrosquisis. El objetivo del presente estudio, es evaluar el tratamiento de gastrosquisis por silo anclado vs dispositivo Alexis en dos hospitales del sureste de México.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional ambispectivo; transversal, analítico, no aleatorio. Se analizó 32 pacientes hospitalizados con gastrosquisis en dos hospitales del sureste de México; durante marzo del 2020 a mayo 2023. La información se capturó en una base de datos diseñada en Microsoft Access, posteriormente se exportó al sistema SPSS para su análisis, previa autorización del comité de ética de ambos hospitales.

RESULTADOS: Se incluyeron todos los pacientes con gastrosquisis manejados con cierre por etapas, se excluyeron: pacientes con cierre primario, expediente incompleto y obitados. Los resultados fueron: 17(53%) del sexo femenino y 15 (46.9%) del sexo masculino. Se presentó gastrosquisis en la semana 36 SDG, (rango 33 a 40 SDG). El tratamiento quirúrgico se realizó dentro de las 10 primeras horas de vida en 24 pacientes (75.2 %), el resto entre las 13 a

28 horas, 8 pacientes, que representan el 24.9%. Del total de pacientes estudiados, 11 (34.4%) se realizó aplicación de dispositivo Alexis, 10 pacientes (31.3%) permitió un cierre primario, 6 (18.8%) fueron tratados con silo anclado y 5 pacientes requirieron otro abordaje quirúrgico (15.6%). En la evolución clínica se evaluó la presencia de fiebre, obstrucción intestinal, infección de sitio quirúrgico, hernia posicional, ventilación mecánica (VM), alimentación parenteral, cultivo positivo y reintervención quirúrgica. Se observó que se reintervienen con mayor frecuencia los pacientes con cultivo positivo con una RM 1.92 (IC 95 0.219-16.863), y la colocación del silo en hospital distinto al Hospital sede tuvo una RM 5.873 (IC 0.846-40.792). Existe una relación positiva con los estadísticos globales, a través de la prueba de Wald con la reparación con una significancia de 0.039. Los pacientes tratados con silo Alexis requirieron 6.6 días de VM, (rango 1-19 días) vs pacientes tratados con silo anclado que requirieron 12 días de VM, (rango 2- 32 días). Pacientes tratados con silo Alexis requirieron 12.8 días de ayuno, (rango 5-19 días) vs silo anclado que requirieron 20 días de ayuno, (rango 7 -34 días). Respecto a los días de estancia hospitalaria, se documentó un promedio de 29 días para pacientes tratados con silo Alexis vs 39.7 días para pacientes tratados con Silo Anclado.

DISCUSIÓN: Se han descrito nuevas técnicas para el manejo de gastrosquisis como son: silo Alexis, silo preformado de silicón y silo ABS con el fin de permitir el cierre por etapas en gastrosquisis, con resultados satisfactorios; lo interesante de nuestro estudio es que demuestra que el uso de este dispositivo (silo Alexis) ofrece un tratamiento efectivo y de bajo costo para los pacientes.

CONCLUSIONES: El tratamiento con silo preformado tipo Alexis ofrece un manejo eficaz y seguro en el cierre diferido de pacientes con gastrosquisis, al disminuir días de ayuno, ventilación mecánica y estancia hospitalaria.

MALROTACIÓN INTESTINAL RETO DIAGNÓSTICO.

Autor: Elizabeth Hidalgo Vázquez
Coautores: Aranza Reyes Arias , Diego Alberto Rojo Delgado ,
 Ian Marco Luciano Martínez Mosqueada , Jonathan Ezequiel Villavicencio Nava
Ponente: Elizabeth Hidalgo Vázquez
Institución: Hospital General De León

CASO CLÍNICO : Femenino de 4 años, nacida a término y sin complicaciones aparentes en el embarazo. Con antecedentes de múltiples hospitalizaciones por cuadros de vomito, tratados como enfermedad de reflujo gastroesofágico con Cisaprida y Omeprazol. Inicia con estreñimiento crónico en noviembre de 2022, acudiendo a gastroenterología pediátrica quienes otorgan leche de magnesio, presentando mejoría temporal. En abril de 2023, acude a centro de salud, por dolor abdominal tipo cólico, vómitos de contenido gastrointestinal en 5 ocasiones y 2 evacuaciones sanguinolentas, sin aspecto de jalea de grosella. Se refiere para valoración por cirugía pediátrica en el Hospital Pediátrico en donde realizan radiografías buscando datos de invaginación intestinal, siendo descartado el diagnóstico de invaginación por no presentar clínica ni imágenes concluyentes, por lo que, dan de alta a la paciente.

Posteriormente, acude a nuestro hospital, donde a la exploración física, se encuentra despierta, poco cooperadora, con buena coloración tegumentaria, sistema cardiopulmonar sin compromiso, abdomen muy blando, depresible, con dolor a la palpación superficial y profunda, no se palpan masas ni visceromegalias. Se realiza ultrasonido abdominal, el cual reporta líquido libre perihepático, así como asas de intestino delgado con malrotación asociada a vasos y grasa mesentérica, signo de remolino, lo cual concluye compatibilidad con malrotación intestinal. Se decide complementar con tomografía axial computarizada (TAC) simple y contrastada de abdomen, debido a los antecedentes de la paciente. En la TAC se confirman los hallazgos compatibles con malrotación intestinal (MRI).

La paciente fue sometida a una laparotomía exploratoria con técnica Ladd y devolvulación, durante la cual se observaron palidez y edema en el mesenterio e intestino, pero no se encontraron zonas de necrosis. También se realizó una apendicectomía profiláctica. Tras la cirugía, la paciente recibió nutrición parenteral los primeros 5 días y se le dio de alta después de 7 días sin complicaciones.

DISCUSIÓN: La malrotación intestinal es una condición que se presenta desde el nacimiento, siendo diagnosticada usualmente dentro del primer año de vida. Sin embargo en este caso se diagnosticó en una edad no común. Aunque la paciente no presentaba otras anomalías asociadas comúnmente con la malrotación intestinal, sus síntomas y los hallazgos radiológicos respaldaron el diagnóstico¹.

El abordaje inicial con radiografías de abdomen fue apropiado, pero debido a la falta de claridad en los resultados, se debió complementar el abordaje diagnóstico desde el inicio con otras técnicas de imagen, como posteriormente se utilizó el ultrasonido y la TAC para confirmar el diagnóstico. La técnica de Ladd y la apendicectomía profiláctica fueron los procedimientos adecuados para el tratamiento de la malrotación intestinal².

En resumen, la paciente presentó malrotación intestinal, una condición inusual para su edad. Aunque sus síntomas y los hallazgos radiológicos no se correspondían completamente con los casos típicos, el abordaje diagnóstico y terapéutico fue adecuado al arribar a nuestro hospital y condujo a su recuperación sin complicaciones.

FISTULA ENTEROCUTÁNEA CONTROLADA COMO ALTERNATIVA DE DERIVACIÓN INTESTINAL EN RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES.

Autor: Jessica Elizabeth García Soto
Coautores: Isis Beatriz Medel Morales, Ma Teresa Cano Rodríguez, Miriam González Fernández, Jessay Luna Vásquez
Ponente: Jessica Elizabeth García Soto
Institución: UMAE Centro Medico Nacional Del Bajío, Hospital De Gineco Pediatría No 48

INTRODUCCIÓN: Las derivaciones intestinales son comunicaciones artificiales de un órgano hueco intraabdominal con la pared; su finalidad es suplir las vías naturales de excreción o alimentación, sin embargo, afecta la integridad corporal, calidad de vida y estado nutricional del paciente; puede conllevar complicaciones como infección y dehiscencia de herida, fístula enterocutánea, hernia incisional y obstrucción intestinal, por lo cual se busca una alternativa terapéutica para disminuir las comorbilidades y complicaciones.

OBJETIVO: alternativa para mantener continuidad intestinal, disminuyendo riesgo de desnutrición y comorbilidades asociadas a la derivación intestinal. Descripción de técnica: incisión en borde antimesentérico de íleon terminal y fijación a pared abdominal en cuadrante inferior derecho con exteriorización a piel. Caso 1: Femenino de 2 meses de edad con antecedente perforación intestinal in útero a nivel de válvula ileocecal secundaria a atresia intestinal tipo 1 requirió anastomosis ileocólica termino terminal al nacimiento; presenta oclusión intestinal complicada ameritando laparotomía, adherenciolisis, ante longitud intestinal se decide realizar fístula enterocutánea controlada a 2 cm de anastomosis ileocólica previa. Buena evolución y presentando cierre espontáneo de la fístula al mes de la intervención quirúrgica. Caso 2: Masculino de 25 días de vida con enfermedad meconial del prematuro que no resuelve a tratamiento médico conservador, persistiendo distensión abdominal con restricción ventilatoria, se realiza laparotomía exploratoria y fístula enterocutánea a 20 cm de VIC, con buena evolución, irrigaciones por fístula enterocutánea y cierre quirúrgico de fístula a los 7 meses de vida que se realiza por presentar hernia incisional en sitio de fístula enterocutánea. Caso 3: Femenino de 1 mes de edad con enfermedad meconial del prematuro, con necesidad de paso de quirófano por presencia de oclusión intestinal, se somete a laparotomía exploratoria y se realiza fístula enterocutánea a 10 cm de VIC. Cursa con adecuada evolución, con inicio de irrigaciones por la fístula, con cierre espontáneo a los 3 meses.

DISCUSIÓN. Proponemos una fístula enterocutánea controlada como alternativa quirúrgica en pacientes que una derivación comprometería su estado nutricional, hasta el momento con buenos resultados; dos de los tres casos presentaron cierre espontáneo de la fístula, sin necesidad de intervención quirúrgica, al paciente que ameritó cierre quirúrgico se realizó el mismo por comorbilidad (hernia posincisional). Al momento del presente trabajo se tienen 6 pacientes sometidos a esta técnica quirúrgica con evolución satisfactoria en su seguimiento.

MALONE LAPAROSCOPICO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON INCONTINENCIA, ESTREÑIMIENTO CRÓNICO IDIOPÁTICO Y PSEUDOINCONTINENCIA.

Autor: Jiménez Urueta Pedro Salvador
Coautores: Luis Guillermo De Gyves Casco, Analí Meza Gallegos
Ponente: Luis Guillermo De Gyves Casco
Institución: Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

INTRODUCCIÓN: La incontinencia fecal y el estreñimiento crónico idiopático son entidades diferentes, pero comparten trastornos funcionales en el colon y el recto, cuyo tratamiento inicial consiste en laxantes y cuidados dietéticos, requiere soluciones quirúrgicas en algunos casos de megarecto. La incontinencia en pacientes con trastornos neurológicos provoca incontinencia verdadera, mientras que la pseudocontinencia provoca manchado y mala adaptación. El objetivo del presente trabajo es presentar la experiencia con mínima invasión

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo de 22 pacientes a quienes les fue realizada la apendicostomía (Malone modificado). Se revisaron expedientes desde enero 2008 hasta diciembre 2021. Además de los parámetros habituales se valoraron; cuadro clínico, manejo pre y posquirúrgico, técnica quirúrgica. Diagnósticos, motivo de la cirugía, complicaciones y seguimiento. Análisis observacional y descriptivo de las variables.

RESULTADOS: Veintidós pacientes, 12 mujeres y 10 varones, rango de edad 6 - 15 años, media de 8. Estreñimiento crónico idiopático 13 (59%), incontinencia 8 (36%), coprostasis (pseudoincontinencia) 5 (22%). Síntomas asociados; dolor cólico abdominal 4 (18%) y distensión abdominal 2 (9%). Cirugía laparoscópica en 18 (81%) y 4 (19%) con robot Da Vinci. La cirugía mejoró el patrón evacuatorio en todos los casos. Obstrucción del Malone 4 (18%). Resolviéndose en dos casos rehaciendo el estoma y en dos con dilatación y colocación de nueva sonda bajo sedación. Comorbilidades como afecciones neurológicas 19 (86.3%), gastrointestinales 18 (81.1%), urológicas 17 (77.2%), metabólicos 5 (22.7%) y neumológicos 2 (9%). Mielomeningocele 13 (59%), vejiga neurogénica e intestino neurogénica 8 (36.3%). Otras patologías asociadas reflujo vesicoureteral 4 (18%), estenosis de tracto urinario inferior 4 (18%) e hidronefrosis 2 (9%). El patrón evacuatorio mejoró en todos los casos.

DISCUSIÓN: La Cirugía "original" de Malone se ha modificado, simplificándose cada vez más. Sin embargo, la apendicostomía no ha modificado su objetivo esencial. En nuestro trabajo se exterioriza el apéndice en fosa iliaca derecha y no se moviliza el ciego. Aun cuando en forma inicial el Malone se ha utilizado para pacientes con estreñimiento crónico idiopático y posoperados de malformación ano rectal con estreñimiento refractario a manejo médico. En nuestra casuística incluimos a paciente con incontinencia fecal, estreñimiento y pseudocontinencia secundario a mielomeningocele. Los trastornos neurológicos pueden causar estreñimiento crónico e incontinencia fecal, consideramos que en el futuro estos pacientes se beneficiarían con la Cirugía de Malone como en nuestra casuística.

CONCLUSIONES: El espectro de anomalías neurológicas secundarias a mielomeningocele es muy vasto y cada variante requiere se inicie un protocolo y estudio con dignidad para los pacientes. La sobrevida de estos pacientes ha aumentado en los últimos años y las secuelas en la etapa del escolar y adolescentes se observan con frecuencia. Cada vez existen un mayor número de grupos interesados en esta anomalía y las posibilidades de corrección ya que frecuentemente se olvidaban y en ocasiones en los países de Latinoamérica se dejaban a evolución natural, siendo en la mayoría de los casos los resultados catastróficos para la función renal y/o intestinal. La cirugía de Malone es una alternativa no solo para estreñimiento crónico idiopático y estreñimiento posquirúrgico en malformaciones anorrectales debemos sumar a los pacientes con intestino "neurogénico" secundario a medula anclada, espina bífida y mielomeningocele.

TORSIÓN TESTICULAR NEONATAL. INFORME DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Autor: Carlos Eduardo Villafuerte Delgado
Coautores: Jose Asz Sigall, Arturo Javier Cavazos Castro,
Tiffany Joahny Bonilla Mina, Alfonso Gilberto Ramirez Ristori
Ponente: Carlos Eduardo Villafuerte Delgado
Institución: Instituto Nacional De Pediatría

CASO CLÍNICO: Masculino de 3 días de vida, sin antecedentes de importancia; desde el nacimiento con aumento de volumen testicular derecho, con cambios de coloración, indurado a la palpación. Se realiza ultrasonido doppler con reporte de hidrocele izquierdo y disminución del flujo testicular derecho. Pasó a quirófano de manera urgente a exploración testicular mediante abordaje inguinal, encontrando testículo derecho con torsión testicular extra vaginal, de coloración violácea e indurado a la palpación, por lo que se realiza orquiectomía, posteriormente se realiza exploración contralateral evidenciando testículo sin anomalías, se realiza orquidopexia izquierda.

La torsión testicular es una urgencia quirúrgica bien conocida en el campo de la Cirugía Pediátrica. Sin embargo, la torsión testicular intrauterina es un fenómeno raro y desafiante que requiere un alto índice de sospecha y una intervención temprana para prevenir la pérdida testicular. La torsión testicular intrauterina se refiere a la rotación anormal del cordón espermático que ocurre durante el desarrollo fetal. Esta condición resulta en la estrangulación del suministro sanguíneo al testículo en desarrollo, lo que lleva a la isquemia y la necrosis testicular.

Aunque se desconoce la causa exacta, se ha propuesto que la presencia de un cordón espermático largo puede contribuir a su aparición. El diagnóstico puede ser difícil debido a la falta de síntomas específicos en el feto; sin embargo, la ecografía prenatal juega un papel crucial en la detección, los hallazgos ecográficos característicos incluyen la presencia de un testículo aumentado de tamaño, asimetría testicular o ausencia de flujo sanguíneo en el cordón espermático mediante Doppler color.

La identificación temprana de estos signos puede ayudar a tomar decisiones informadas sobre el manejo prenatal y postnatal. El tratamiento implica la intervención quirúrgica inmediata después del nacimiento para confirmar el diagnóstico y evaluar el estado del testículo afectado.

Si se confirma la torsión testicular intrauterina y el testículo es viable, se realiza una destorsión y fijación del mismo, además de fijar el testículo contralateral para prevenir futuras torsiones. Sin embargo, si el testículo se encuentra necrótico, se realiza orquiectomía para evitar complicaciones posteriores.

En conclusión, la torsión testicular intrauterina es una entidad rara pero importante que afecta el desarrollo testicular fetal.

El diagnóstico temprano mediante la ecografía y la intervención quirúrgica oportuna son clave para preservar la función testicular y evitar complicaciones a largo plazo.

MASA ABDOMINAL EN PACIENTE ADOLESCENTE POST TRASPLANTE RENAL, REPORTE DE UN CASO.

Autor: Norma Miroslava Lindoro Silva
Coautores: Verónica Paredes Escalera, Ishtar Cabrera Lozano, Eduardo Angulo López, Nidia De Monserrat Arreola Gutiérrez
Ponente: Norma Miroslava Lindoro Silva
Institución: UMAE Hospital De Pediatría Del C.M.N. De Occidente.

INTRODUCCIÓN: La presencia de tumoración abdominal en el paciente post trasplante es una complicación a largo plazo asociada al uso de inmunosupresión. En nuestro caso presentamos a una paciente adolescente que ingresa al servicio de urgencia por la presencia de distensión abdominal. Antecedentes: Femenino de 12 años de edad, con diagnóstico de insuficiencia renal crónica (IRC) de etiología no determinada a los 15 meses de edad, inicio de tratamiento sustitutivo renal a los 3 años de edad con diálisis peritoneal (DPA), a los 5 años de edad es receptora de trasplante renal de donador vivo relacionado padre, iniciando ciclosporina y prednisona como tratamiento inmunosupresor, a los 7 días posterior a intervención quirúrgica se realiza cambio de tratamiento a base de tacrolimus dosis de 0.129 mg/k/d, MNF 700mg/mt2/d, prednisona 0.1mg/k/d, hasta la actualidad.

CUADRO CLÍNICO: Ingres a al servicio de urgencias por la presencia de dolor y distensión abdominal de 4 días de evolución, a la exploración física: astenia, adinamia, signos vitales en percentil 50th para la edad, uresis y evacuaciones al corriente, poca tolerancia a la vía oral con disminución en ingesta y plenitud posprandial, abdomen con presencia de red venosa colateral, se observa globoso a expensas de tumoración, a la palpación tumoración no móvil, indurada, de contornos lisos, doloroso con peristalsis presente y ruidos lateralizados hacia la izquierda, injerto renal en fosa iliaca derecha, no doloroso, resto asignológico.

Estudios de imagen con radiografía de abdomen: AP y lateral con vector de desplazamiento postero anterior, cefálico y lateral izquierdo. Doppler de injerto con injerto renal de 97 x 39 x 58 mm, sistema colector sin dilatación, Arteria P. 0.64, art. seg. 0.68 e interlobar de 0.65, velocidad de 53, 39 y 28 cm/seg respectivamente, Eco abomino-pélvico: masa de origen pélvico que se desplaza hacia cavidad abdominal de 19x8x13.7cm, con volumen de 1027 cc, presencia de sedimentos en su interior móviles y paredes lisas bien delimitadas, sin septos, de base izquierda y posible origen ovárico, tomografía simple de abdomen: masa

abdominal de 19 x9 x 14 cm, bien delimitada, pared delgada, densidad homogénea de 15 hz, líquido en su interior, vector de desplazamiento cefálico, marcadores tumorales: alfa feto proteína 0.49 ng/dl, fracción beta de GCH menor de 2.3 ng/dl, CEA 0.44 ng/dl. Se realiza laparotomía exploratoria con incisión media supra-infraumbilical, encontrándose tumoración quística con líquido chocolatoso de 30 x 20 cm aproximadamente, múltiples adherencias de lesión hacia asas intestinales, así como a pared anterior de abdomen, zuhlke 3 y 4 con fijación a saco de Douglas, lográndose su extirpación en su totalidad, requiriendo aspiración previa del líquido con salida de 1250 ml. ovario derecho con quiste de 3cm aproximadamente.

REPORTE HISTOPATOLÓGICO: quiste mesotelial para ovárico unilocular con zonas de hemorragia, ovario con múltiples quistes foliculares, líquido peritoneal negativo para malignidad. Discusión: la tumoración abdominal en un paciente post trasplante debe de ser considerada como potencialmente maligna hasta no demostrar lo contrario, el uso de inhibidor de calcineurina se asocian a un aumento del 85% de riesgo de desarrollar quistes ováricos, la vigilancia por medio de ultrasonido pélvico es una medida no invasiva para el diagnóstico y tratamiento oportuno de estos pacientes.

“EXPERIENCIA EN EL TRASPLANTE RENAL EN BLOQUE DE DONADOR PEDIÁTRICO A RECEPTOR PEDIÁTRICO EN UN HOSPITAL INFANTIL DE TERCER NIVEL”

Autor: Carmen Leticia Santana Cárdenas
Coautores: José Manuel Zertuche Coindreau, Dr Álvaro José Cuevas Ortega, Ishtar Cabrera Lozano, Carmen Leticia Santana Cárdenas
Ponente: Ishtar Cabrera Lozano
Institución: UMAE Hospital De Pediatría Del C.M.N. De Occidente

INTRODUCCIÓN: El trasplante renal es el tratamiento de elección para los pacientes con enfermedad renal crónica en etapa terminal, mejora la supervivencia y calidad de vida a largo plazo del paciente. Se han reportado resultados superiores con trasplantes renales en bloque comparativamente con trasplantes renales de donantes vivos relacionados.

OBJETIVO: Describir la experiencia en el trasplante renal en bloque de donador pediátrico a receptor pediátrico en un Hospital Infantil de Tercer Nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo en pacientes sometidos a trasplante renal en bloque durante el periodo 1° de enero 2014 al 31 de diciembre 2018. Se incluyeron pacientes que recibieron trasplante renal en bloque de donador cadavérico, excluyendo a aquellos con expediente clínico incompleto o ausente. Se capturaron las variables: edad, sexo, peso, IMC, valor de urea, creatinina, ácido úrico, tiempo de isquemia fría, sobrevida del injerto, sobrevida del paciente, trombosis del injerto y complicaciones urinarias. Se utilizaron los programas Excel, Microsoft Office, y el programa estadístico SPSS 22.0.

RESULTADOS: Durante el periodo establecido se realizaron 7 trasplantes renales en bloque. Las características de los pacientes fueron edad de 7.9 años a 16 años, 57% del sexo masculino y 43% del sexo femenino, IMC entre los 11.8 a 19 kg/m². Todos los parámetros se evaluaron a los siguientes tiempos: basal, 24 horas, 1 semana, 1 mes y 6 meses, encontrando los promedios de Urea: 90.7 mg/dl, 76.8 mg/dl, 51.5 mg/dl, 36.14 mg/dl, 48.5 mg/dl. Creatinina: 7.8 mg/dl, 3.5 mg/dl, 0.94 mg/dl, 0.5 mg/dl, 0.7 mg/dl. Ácido Úrico: 4.38 mg/dl, 3.9 mg/dl, 3.64 mg/dl, 3.34 mg/dl, 5.05 mg/dl. Tiempo promedio de isquemia fría 13.28 horas, ninguno presentó trombosis. El 100% de los pacientes presentaron sobrevida, 86% presentaron sobrevida del injerto y apego al tratamiento y 14% tuvo rechazo a los dos años con falta de apego al tratamiento. El índice de filtración glomerular (método Schwartz modi-

ficado) 57% >90 ml/min/1.73 m, 29% 30 a 59 ml/min/1.73 m y 14% se presentó rechazo con requerimiento de manejo con diálisis.

DISCUSIÓN: La mayoría de los pacientes con trasplante renal en doble bloque obtuvieron sobrevida del injerto con mejoría importante en disminución de urea, creatinina, así como índice de filtración glomerular a los 6 meses de seguimiento.

CONCLUSIONES: La unidad de trasplante de órganos, debe incluir en sus programas la realización de trasplante renal en bloque ya que éste mejora la supervivencia y calidad de vida de los pacientes, compensando el déficit funcional de un riñón pequeño al trasplantar en bloque las dos unidades a un único receptor otorgando la ventaja de incrementar la masa de nefronas, logrando de esta manera compensar el tamaño pequeño de los injertos renales trasplantados e incrementando la disponibilidad de unidades renales que en anterioridad se consideraban no idóneas.

**RECONSTRUCCIÓN DE PARED TORÁCICA CON MALLA DE
POLITETRAFLUOROETILENO EXPANDIDO EN SARCOMA DE EWING**

Autor: Edgar Melo Camacho
Coautores: Edgar Guillermo Lazcano Rojas, Suelen Ishel Mendoza Rodríguez, Aislinn Argumosa Enríquez
Ponente: Edgar Melo Camacho
Institución: Centro Médico Nacional 20 De Noviembre

INTRODUCCIÓN. - El tratamiento quirúrgico como la resección de tumores pulmonares, mediastínicos u óseos que afectan la integridad de la pared torácica y su reconstrucción primaria del defecto originado, son procedimientos factibles y reproducibles en la población pediátrica con resultados favorables para preservar la función respiratoria y la integridad torácica, permitiendo una estabilidad torácica y adecuada mecánica ventilatoria con resultado estético cercano a la normalidad. Se han descrito distintas técnicas para lograr su reconstrucción como los colgajos musculares y materiales protésicos. El objetivo del presente es dar a conocer el caso de una paciente de edad pediátrica que fue sometida a resección local amplia de tumor metastásico de tórax secundario a un sarcoma de Ewing extraóseo y su reconstrucción con malla de politetrafluoroetileno expandido.

PRESENTACIÓN DEL CASO. Femenino de 7 años con antecedente de traumatismo contuso en región costal derecha, persistencia de dolor a pesar de tratamiento analgésico, astenia y adinamia, y pérdida ponderal. Se realiza tomografía axial computarizada con evidencia de imagen heterogénea con origen en espacio prevertebral de C7-T10, extensión foraminal, y 2º a 5º arcos costales derechos en su cabeza articular y ángulo costal. Se realiza toma de biopsia por aguja la cual reporta Sarcoma de Ewing CD99 (+) y FL11(+), iniciando neoadyuvancia con Vincristina, Ciclofosfamida y Doxorubicina por 6 semanas y posterior evaluación de respuesta al tratamiento con PET-CT. Se observa lesión en hemitórax derecho de contornos irregulares y dimensiones de 3.4 x 3.9 cm dependiente de cabeza articular y cuerpo de 2º y 5º arcos costales. Se realiza toracotomía posterolateral derecha, logrando palpar e identificar tumoración torácica que se extiende desde 2ª hasta 5ª cabezas articulares y ángulos costales. Se liberan adherencias entre parénquima pulmonar y pared torácica, segmentectomía no anatómica de lóbulo inferior derecho adherido y costectomía de 2º a 5º ángulos y cabezas costales para la resección total de tumoración con borde libre

de 2 cm. Se identifican lesiones metastásicas en segmento 4 de pulmón derecho y se realiza enucleación para metastasectomía. Se identifica y reseca engrosamiento de pleura parietal apical derecha. Previa colocación por contra abertura de sonda endopleural derecha 20 fr, se coloca malla de politetrafluoroetileno expandido (Gore-Tex), el cual abarca una dimensión aproximada de 8 x 7 cm, fijando con puntos simples de PDS 3-0 a parrilla costal y complejo muscular intercostal. Postquirúrgico inmediato con ventilación mecánica invasiva por 24 horas. Retiro de sonda pleural a las 72h. Vigilancia a corto plazo, sin evidencia de alteración en la mecánica ventilatoria y sin datos de escoliosis.

DISCUSIÓN. - La técnica de reconstrucción de la pared torácica posterior a la resección de tumoraciones que comprometen su integridad, continúa siendo un reto. Si bien, es conocido en la literatura el uso de prótesis rígidas en defectos grandes para estabilizar la pared torácica, no siempre son accesibles a la atención pública, o se caracterizan por afectar el desarrollo y crecimiento en la población pediátrica y alta incidencia de infección en sitio quirúrgico, siendo la reconstrucción con malla una alternativa factible y reproducible, caracterizándose por ser un material accesible, seguro y con resultados aceptables en términos de estabilidad torácica e infección de herida o sitio quirúrgico.

TELESIMULACIÓN Y SIMULADORES DE BAJO COSTO EN LA ENSEÑANZA DE LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

Autor: Guillermo Yanowsky Reyes
Coautores: Rocío Guadalupe Cano Arias, Carlos Andrés Colunga Tinajero, Maryzela Lazo Ramírez, Jacqueline Narvaez
Ponente: Rocío Guadalupe Cano Arias
Institución: Hospital Civil De Guadalajara "Fray Antonio Alcalde".

INTRODUCCIÓN: Los procedimientos mínimamente invasivos han ganado una amplia aceptación en el abordaje quirúrgico de los pacientes pediátricos y a menudo se consideran estándar de atención quirúrgica. Los beneficios se encuentran bien establecidos: reducción del dolor postoperatorio, estancia hospitalaria más corta, reducción en formación de adherencias, etc. En laparoscopia, la curva de aprendizaje es más compleja, y no debe de ser basada en la experiencia de prueba y error adquirida en quirófano, por lo que la formación debe iniciar fuera de la práctica clínica. Existen simuladores quirúrgicos laparoscópicos diseñados para el aprendizaje que reproducen el entorno quirúrgico de manera segura. El objetivo de este estudio fue evaluar la curva de aprendizaje en cirujanos pediatras en formación por medio de simuladores, así como elaboración de simuladores laparoscópicos de bajo costo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio prospectivo, longitudinal, que incluyó a 16 residentes de cirugía pediátrica (de segundo a cuarto año) de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron doce sesiones (teóricas y prácticas) de telesimulación y uso de simuladores de bajo costo, con tutorías presenciales por adscritos del propio hospital, así como mentores a distancia del programa GLAP (Global Laparoscopic Advancement Program) de SAGES; a través de la plataforma Zoom. El estudio se llevó a cabo entre los meses de julio 2021 a enero 2023. El programa consistió en enseñar habilidades básicas en laparoscopia, utilizando como referencia las tareas del FLS (Fundamentals of Laparoscopic Surgery), los tiempos basales de los participantes se cronometraron al inicio del programa y al término del mismo. Dicho estudio fue aceptado por el comité de ética de nuestra unidad hospitalaria.

RESULTADOS: Se evaluaron las cinco tareas del FLS para cada uno de los participantes; a continuación se describe la evolución observada, expresada en dos diferentes parámetros: el primero indica la cantidad promedio de segundos requeridos que disminuyó la ejecución de cada tarea; mientras que el se-

gundo representa el promedio grupal de la disminución porcentual de tiempo obtenida por los estudiantes. Las tareas incluyeron: transferencia, corte de imagen circular, endloop, nudo extracorpóreo y nudo intracorpóreo. La disminución de tiempo de ejecución fue de 86.4, 272, 70, 282 y 426 segundos, con un porcentaje promedio de reducción de tiempos respecto al basal de 38.9%, 56.6%, 50%, 56.8% y 67.8% respectivamente, para cada una de las tareas.

DISCUSIÓN: La popularización de la cirugía laparoscópica, tiene como necesidad la adaptación de los nuevos cirujanos a esta nueva modalidad quirúrgica. El acceso a simuladores puede contribuir a que se adquieran las habilidades necesarias en el arte de la cirugía mínimamente invasiva. En este estudio pudimos observar que posterior a las sesiones de entrenamiento todos los participantes presentaron disminución en los tiempos de ejecución de todas las tareas del FLS, preservando los estándares de seguridad y calidad. Además de la práctica de habilidades básicas, los residentes tuvieron oportunidad de recrear sus propios modelos de bajo costo para su práctica personal. Los resultados durante la evaluación, demuestran que se obtuvo una mejora en las habilidades laparoscópicas posterior a repeticiones y entrenamientos supervisados.

CONCLUSIONES: En la actualidad, el acercamiento temprano a simuladores laparoscópicos durante la formación como residentes quirúrgicos permite que se desarrollen destrezas básicas y avanzadas necesarias en la cirugía de mínima invasión; son un modelo seguro, reproducible y con buenos resultados.

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE .

Autor: María Del Rosario De Fátima Gutiérrez Borrayo
Coautores: José Alejandro Ruiz Montañez, María Zornoza Moreno, Ernestina Josefina Balbuena Rosas
Ponente: María Del Rosario De Fátima Gutiérrez Borrayo
Institución: Hospital Para El Niño Poblano

INTRODUCCIÓN: El condiloma acuminado gigante, también conocido como tumor de Buschke-Löwenstein, es una patología rara pero cada vez más frecuente en la edad pediátrica. Existen escasas publicaciones, pero en todos los casos esta patología ha sido resuelta de forma quirúrgica. Presentamos una serie de casos que han sido tratados de forma médica con remisión de las lesiones y evolución favorable.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio prospectivo y descriptivo de 3 pacientes referidos por tumor de Buschke-Löwenstein entre julio de 2022 y abril de 2023 tratados de forma médica. Evaluamos las variables sexo, antecedente de abuso sexual, tamaño de la lesión, resultado de test VDRL y VIH y evolución. Estudio aprobado por el comité de ética. Tratamiento médico: todos los pacientes se manejaron con catéter venoso central, ayuno y nutrición parenteral por 14 días, loperamida cada 8 horas, irrigaciones rectales cada 24 horas, sonda vesical tipo Foley y esquema antibiótico intravenoso (ceftriaxona y metronidazol).

Bajo control por dermatología se capacitó al familiar para la aplicación de podofilina al 25% tres veces a la semana y aseo de zona afectada a las 4 horas de la aplicación de podofilina con agua y jabón.

RESULTADOS. Un varón de 14 años tenía antecedente de abuso sexual. Dos pacientes (un niño y una niña) con un año de edad tenían antecedentes familiares de condilomatosis. El promedio del tamaño de las lesiones fue de 20x15 cm. Se les realizó prueba de VDRL y VIH, siendo VIH positivo en el paciente con antecedente de abuso.

La evolución de los pacientes con el tratamiento propuesto ha sido favorable con resolución de todas las lesiones, con una mediana de seguimiento de 4 meses.

DISCUSIÓN. El tumor de Buschke-Löwenstein es una entidad rara, considerada como lesión intermedia entre condiloma acuminado y carcinoma celular escamoso. En niños está

descrita como una patología benigna, pero hay reportes aislados en adultos de posibilidad de presentar metástasis. El tratamiento es controvertido y se han descrito una gran variedad de manejos, como el uso de medicamentos tópicos o intralesionales, técnicas quirúrgicas e incluso la combinación de ellos.

Los pocos casos publicados en niños presentan cirugías cruentas con grandes complicaciones. Nuestro trabajo describe un protocolo de manejo para mantener el área de la lesión limpia y seca y un tratamiento tópico efectivo, lo que nos ha ayudado a la remisión de las lesiones sin la necesidad de cirugía. El uso de podofilina se recomienda en aquellos casos de condiloma acuminado anal, sin embargo, no definen el tamaño para considerar su utilidad.

CONCLUSIÓN. El tratamiento médico en nuestra serie de pacientes ha resuelto el problema de tumor de Buschke-Löwenstein. Este manejo podría proponerse de forma inicial ante esta patología dejando la cirugía como segunda opción.

DESCENSO EN ZONA DE TRANSICIÓN HISTOLÓGICA EN LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG. RESULTADOS FUNCIONALES POSTOPERATORIOS, Y RECOMENDACIONES ACTUALES.

Autor: Luis De La Torre Mondragón
Coautores: Alfredo Domínguez Muñoz, Michael Arnold, Mark Lovell, Diego Martínez Fuentes
Ponente: Alfredo Domínguez Muñoz
Institución: Children's Hospital Colorado

INTRODUCCIÓN. Los cirujanos crean un neo-recto para tratar a los pacientes con enfermedad de Hirschsprung (EH). El neo-recto debe formarse con intestino normogangliónico. Sin embargo, en ocasiones el neo-recto se forma con intestino de la zona de transición. Se ha postulado que un neo-recto en zona de transición causa enterocolitis asociada a Hirschsprung (HAEC) o estreñimiento postoperatorio. Este estudio tiene como objetivo comparar la frecuencia de enterocolitis y estreñimiento en pacientes con neo-recto en zona de transición y con neo-recto Normogangliónico.

MÉTODOS. Realizamos una revisión retrospectiva de pacientes con EH rectosigmoidea que se sometieron a descenso primario. Los pacientes se dividieron en el grupo neo-recto normogangliónico y el grupo con neo-recto en zona de transición. El diagnóstico del neo-recto se estableció con el informe histopatológico definitivo del margen proximal. Se comparó la frecuencia de enterocolitis y estreñimiento entre estos dos grupos.

RESULTADOS. Se analizó retrospectivamente un total de 98 pacientes con EH. Setenta y un pacientes cumplieron los criterios de inclusión. Sesenta y cinco (92%) tenían un neo-recto normogangliónico y 6 neo-recto en zona de transición. Posteriormente, 42 (59%) pacientes presentaron HAEC o estreñimiento. Sin embargo, no hubo diferencia significativa entre los dos grupos.

DISCUSIÓN: El recibir un resultado intraoperatorio del margen proximal como normogangliónico, y días después recibe el informe definitivo como zona de transición generará un dilema. En esta circunstancia la pregunta es: ¿necesitamos realizar una re-operación para resecar el intestino de la zona de transición?

En base al presente estudio la respuesta sería no. Nuestra sugerencia es esperar y ver la evolución del paciente. Concordante con nuestros resultados y sugerencias, Shankar [12] reportó 10 pacientes (8.7% de una cohorte de 114), y Ghosh [13] informó de 8 pacientes (16% de una cohorte de 50) con neo-rectos en zona de transición. Además, estos autores sugieren no re-operar estos pacientes por la alta frecuencia de incontinencia fecal en re-operaciones.

CONCLUSIÓN. El presente estudio no demostró una diferencia en la frecuencia de HAEC o estreñimiento postoperatorio en pacientes con EH con neo-recto normogangliónico o en zona de transición. Estos resultados sugieren que un neo-recto en zona de transición no causa síntomas obstructivos postoperatorios.

MANEJO MEDICO INDIVIDUALIZADO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON MEGARECTO

Autor: Maryzela Lazo Ramírez
Coautores: Denisse Estefanía Alfaro Castellanos, David Giovanny Morales Iriarte, Guillermo Yanowsky Reyes, Rafael Santana Ortiz
Ponente: Maryzela Lazo Ramírez
Institución: Hospital Civil De Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"

INTRODUCCIÓN. El estreñimiento crónico idiopático es un problema común y una de las principales causas de consulta en la edad pediátrica, puede iniciar en cualquier etapa de la vida. Es multifactorial y no se identifica una causa sistémica específica o defecto anatómico. Puede asociarse con megarecto idiopático primario. El principal detonador para la retención fecal es la evacuación dolorosa, la cual conlleva a mayor retención y conduce a dilatación del recto.

El manejo intestinal para estos pacientes se establece en dos etapas, la desimpactación fecal y/o manejo con enemas para posteriormente dar inicio al manejo con laxantes de tipo senosidos, los cuales pertenecen al grupo de laxantes estimulantes, sus metabolitos producidos tienen capacidad de estimular el plexo de Auerbach para producir peristaltis. Por ello, el presente estudio tiene como finalidad establecer la experiencia a la respuesta al manejo médico de la dosis individualizada de senosidos para el paciente pediátrico con megarecto.

OBJETIVO. Evaluar los resultados del manejo médico individualizado en pacientes pediátricos con megarecto.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, longitudinal incluyo a niños con estreñimiento crónico idiopático con presencia de megarecto con un valor de índice rectoplevico >0.61 , los cuales fueron atendidos en un hospital de tercer nivel en un periodo de enero del 2022 a enero 2023, fueron seguidos según nuestro protocolo estructurado donde incluimos la realización de colon por enema para la medición del índice recto pélvico, adaptando un plan de tratamiento en función de la respuesta clínica, con inicio de dosis de senosidos posterior a desimpactación fecal. El cual se comparó mediante prueba exacta de Fisher. Se obtuvieron datos bajo consentimiento informado, con fines clínicos y educativos.

RESULTADOS. Treinta y cinco niños con megarecto ha sido seguidos al menos un año (73% correspondió al sexo masculino), la mediana de edad al momento de la valoración a nuestro centro colorectal pediátrico fue de 7 años, quienes tuvieron un inicio de los síntomas en la etapa de lactante. Siete de estos niños tenían diagnósticos neurológicos o psiquiátricos. Se observó que el séptimo día del inicio de la terapia médica, se logró la dosis de senosidos individualizada, dosis promedio de dos tabletas de senosidos de 8.6 mg diaria. La prueba exacta de Fisher no muestra diferencia significativa en relación a la dosis de senosidos sobre índice recto pélvico.

DISCUSIÓN. Los pacientes con estreñimiento crónico idiopático se benefician de manera extraordinaria con el manejo intestinal. El cual se basa en la supervisión médica de la cantidad de laxante que necesita cada paciente para obtener una evacuación diaria eficiente y una evaluación de radiografía de abdomen libre de heces en el recto. Requiriendo un seguimiento estrecho ajustando su régimen de control intestinal individual. Las evacuaciones dolorosas y el comportamiento de retención, perpetua el ciclo del estreñimiento por lo que nuestros pacientes requirieron apoyo multidisciplinario por parte de psicología y nutrición, ya que la carga emocional de los niños y la angustia por parte de los padres se vio reflejado en el éxito del tratamiento médico.

CONCLUSIONES. En el paciente con estreñimiento se debe evaluar la presencia de megarecto mediante un colon por enema y ajustar la dosis de laxante tipo senosidos en base a la respuesta individualizada de cada paciente sin tener una relación directamente con el índice recto pélvico.

SEGURIDAD Y EFICACIA DEL PROCEDIMIENTO DE SPLIT COMPARADO CON APENDICOSTOMIA DE MALONE

Autor: Diego Antonio Martínez Fuentes
Coautores: Roberto Davila Perez, Emilio Fernandez Portilla,
Brenda Dominguez Zuñiga, Jaime Nieto Zermeño
Ponente: Diego Antonio Martínez Fuentes
Institución: Hospital Infantil De México “Dr. Federico Gómez”

INTRODUCCIÓN: La incontinencia fecal puede ser devastadora para el desarrollo emocional y social de los niños.¹ El uso de un programa de rehabilitación intestinal ha demostrado ser efectivo en la mayoría de los niños con incontinencia fecal.² El drenaje vesical a través de un estoma de Mitrofanoff y la aplicación de enemas continentales anterógrados con Malone, pueden restaurar la calidad de vida similar a aquella observada en la población en general.³ Ocasionalmente, cuando la anatomía quirúrgica es óptima, el apéndice puede ser dividido para la creación de ambos.⁴

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: Los pacientes con Split apendicular para apendicostomía de Malone y apendicovesicostomía de Mitrofanoff presentan una tasa igual de eficacia y seguridad.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Describir y comparar, la experiencia y resultados, de la apendicostomía de Malone y el Split apendicular para el tratamiento de la incontinencia fecal y urinaria en un hospital de tercer nivel de atención.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo y comparativo, pacientes con diagnóstico de incontinencia fecal y urinaria sometidos a Malone y Split de Junio del 2015 a Mayo del 2023. Se analizaron y compararon variables demográficas, quirúrgicas y de evolución. Como estadística se realizó análisis de frecuencias, análisis comparativo, con Chi cuadrada y t de student, con p significativa menor de 0.05, utilizando el SPSS Inc. (Chicago, IL, USA).

RESULTADOS: 7 pacientes fueron sometidos a Split apendicular, la principal etiología en estos pacientes fue mielomeningocele; 14 pacientes fueron sometidos a apendicostomía de Malone, la principal etiología en estos pacientes fue malformación anorrectal. El seguimiento fue de 26 meses (3-78 meses). Actualmente, en todos los niños, ambas estomas son fácilmente cateter-

izables y funcionales. Un paciente (14%) sometido a Split presentó fuga del Malone como complicación. Dos pacientes (14%) sometidos a Malone presentaron complicaciones, uno con infección de sitio quirúrgico y uno con estenosis del estoma. Actualmente ningún paciente presenta fuga. En ambos grupos un paciente tuvo que ser reintervenido. No hubo diferencia estadísticamente significativa en relación con la técnica quirúrgica empleada (p=NS).

DISCUSIÓN: Nuestros datos apoyan la hipótesis de que las tasas de complicaciones entre ambas técnicas son similares, ya que nuestra población sometida a Split apendicular obtuvo la misma tasa de complicaciones que los pacientes sometidos a Malone con apéndice intacto. Así mismo en ambos grupos se reportó un paciente con reintervención quirúrgica, sin lograr ser estadísticamente significativa (p=0.276). Según lo reportado por Zann y cols⁵, ambos grupos obtuvieron un periodo de seguimiento adecuado, con un promedio de 27 meses para aquellos pacientes con Malone con apéndice intacto y de 25 meses para pacientes sometidos a Split apendicular. Nuestra tasa de complicaciones para pacientes con Malone fue del 14% comparada con el 10% reportado por Peña y cols¹. En pacientes con Split apendicular fue del 14%, comparado con el 47.2% reportado por Zann y cols y sólo el 14% de los canales con técnica de Split requirió revisión quirúrgica, comparado con el 19% reportada por VanderBrink y cols y con el 36.1% reportada por Zann y cols.^{4,5}

CONCLUSIÓN: La apendicostomía de Malone con apéndice intacto o con Split apendicular muestran resultados funcionales, tasas de complicaciones y reoperación similares, con lo cual consideramos el Split apendicular como una técnica segura y eficaz para el manejo de la incontinencia fecal.

TRAUMA RECTAL EN PEDIATRÍA

Autor: Katherine Elizabeth González Pulido
Coautores: José Alejandro Ruiz Montañez, María Zornoza Moreno
Ponente: Katherine Elizabeth González Pulido
Institución: Hospital Para El Niño Poblano.

INTRODUCCIÓN. En pediatría las lesiones penetrantes de recto son infrecuentes. El mecanismo y grado de lesión es variable y su tratamiento se ha basado en protocolos de lesiones en adultos. Actualmente, muchos aspectos del tratamiento se debaten, y no existe un consenso para su manejo en pacientes pediátricos.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo y descriptivo de un grupo de pacientes con trauma rectal penetrante en nuestro centro entre el 2015 y el 2023. Se analizaron datos demográficos, mecanismo del trauma, localización de la lesión, otros órganos afectados, procedimiento quirúrgico realizado y evolución postoperatoria. Estudio que fue aprobado por comité de ética del hospital.

RESULTADOS. Se describen 7 casos. Seis niños y una niña, todos adolescentes con promedio de edad de 13 años (rango de 10 a 15 años). El mecanismo de lesión fue: trauma por objeto cortante en un paciente, empalamiento en 5 casos y un paciente sufrió abuso sexual. Cuatro pacientes tuvieron lesión con extensión a cavidad peritoneal y tres con lesión pélvica sin penetración peritoneal. Tres pacientes presentaron lesión de otros órganos: una paciente tuvo perforación vaginal y dos pacientes perforación vesical. De todos los casos, 5 fueron atendidos integralmente en nuestro hospital de forma inicial, realizándose como tratamiento quirúrgico una derivación intestinal, irrigación del segmento distal, colocación de drenaje presacro y drebridación con reparación de la lesión.

De estos 5 pacientes, cuatro casos se atendieron en las primeras 24 horas tras la lesión y un caso se presentó al hospital a los 5 días del traumatismo. Los otros dos casos fueron tratados inicialmente en otro hospital: uno con derivación intestinal únicamente, teniendo larga estancia hospitalaria por un absceso pélvico que se trató de forma conservadora y otro con reparación primaria de la lesión rectal (sin derivación)

que presentó dehiscencia de toda la reparación y colostomía posterior. Previo al cierre, en todos los pacientes realizamos un colograma distal y una exploración bajo anestesia. En cuatro pacientes ya se realizó la restitución del tránsito intestinal y son continente fecales, tres casos están pendientes del cierre de estomas.

DISCUSIÓN. El protocolo de las "D's": Derivación intestinal, irrigación Distal, Drebridación y Drenaje presacro, publicado como alternativa de tratamiento en el trauma penetrante rectal en adultos, parece ser útil en los pacientes pediátricos con este problema. Con esta actitud quirúrgica, asociada a una atención temprana, nuestros niños con trauma rectal han tenido buena evolución y tras el cierre de colostomía tienen control fecal.

CONCLUSIONES. Cada caso debe de ser individualizado y tratado a la brevedad para disminuir la morbilidad y tiempo de estancia intrahospitalaria, pero creemos que la protocolización de esta patología podría mejorar los resultados en los pacientes con estos accidentes. Esta actitud quirúrgica que presentamos podría ayudar a los cirujanos pediatras a tomar decisiones en esta escenario tan poco común.

TUMORES NEUROENDOCRINOS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE CURRARINO.

Autor: María Zornoza Moreno
Coautores: José Alejandro Ruiz Montañez
Ponente: María Zornoza Moreno
Institución: Centro Colorrectal Para Niños, Hospital Ángeles Puebla.

INTRODUCCIÓN. En los pacientes con síndrome de Currarino, la extirpación de los tumores presacros suele realizarse cuando se corrige la malformación anorrectal. Sin embargo, si el diagnóstico se realiza tardíamente o no existe malformación anorrectal, los pacientes pueden tener tumores asintomáticos y que no se operan en la edad pediátrica. Debido a su infrecuencia, no hay suficiente información sobre la evolución de estos pacientes en la edad adulta. Mientras que la mayoría de la literatura médica considera que estos tumores son benignos y que se pueden mantener bajo vigilancia, hoy nos preguntamos si esta afirmación es cierta.

CASO CLÍNICO. Presentamos el caso de dos pacientes masculinos, miembros de una familia que, a lo largo de 4 generaciones, nueve individuos presentaron positividad del gen HLXB9 compatible con el diagnóstico de síndrome de Currarino. El primero de los pacientes, de 22 años, falleció en el año 2000 a causa de un tumor neuroendocrino presacro con metástasis múltiples, lo que motivó el diagnóstico del resto de los miembros de la familia. El segundo, de 65 años, tío del primero, fue operado de una malformación anorrectal en 1957. Presentaba síntomas insidiosos de presión glútea, estreñimiento progresivo y episodios intermitentes de prostatitis, durante su seguimiento por el tumor presacro no resecado. En este paciente en el año 2022 un PET-TAC identificó múltiples metástasis en varios órganos y un tumor hepático, que tras su resección confirmó el diagnóstico histopatológico de tumor neuroendocrino. En la actualidad, el paciente recibe análogos de la somatostatina mensualmente, con control de los síntomas sin crecimiento ni progresión de las metástasis.

DISCUSIÓN. Hay poca información sobre lo que sucede con los problemas congénitos cuando los pacientes llegan a la edad adulta. Los tumores presacros, generalmente considerados teratomas benignos, pueden evolucionar de forma desconocida. La malignización por un componente neuroendocrino provocó un desenlace no deseado en nuestros pacientes, como también se ha informado en la literatura. Actualmente, las terapias biológicas con análogos de la somatostatina, octeótride o Lutetio 177 han permitido que los pacientes con metástasis se mantengan sin progresión y con control su enfermedad. En base a estos hallazgos y a otros reportados, sugerimos que los tumores presacros se extirpen en la edad pediátrica para prevenir la posible presentación de un tumor maligno en la edad adulta.

USO DE TERMOGRAFÍA INFRAROJA EN LA EVALUACIÓN DE VARICOCELE EN PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD.

Autor: Onésimo Aviles González
Coautores: José Alfredo León Zamudio, Salvador Cuevas Villegas, Pablo Godínez Álvarez, Minor Sánchez José Ivanhoe
Ponente: José Alfredo León Zamudio
Institución: UMAE Hospital General Del Centro Médico Nacional "La Raza"

INTRODUCCIÓN: El varicocele se define como una dilatación de las venas del plexo pampiniforme, es una de las principales causas de infertilidad masculina. Actualmente en nuestro medio el diagnóstico y seguimiento del varicocele, es clínico con exploración física y por ultrasonido doppler testicular. Otro método menos utilizado es la termografía infrarroja (TI) y sensor de temperatura; es una técnica de imagen que registra la temperatura de la piel de una zona afectada, determinando un mapa térmico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El uso de la termografía en la evaluación del varicocele es esporádica, por lo que propone el presente estudio en el que se evalúa la temperatura del plexo pampiniforme mediante termografía infrarroja para completar el diagnóstico de varicocele, ofertando una herramienta accesible que permita instaurar el diagnóstico oportuno.

OBJETIVO: Determinar la utilidad de la termografía infrarroja en la evaluación del varicocele en pacientes menores de 18 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se empleó termografía infrarroja con el sensor térmico AMG8833, a pacientes masculinos menores de 18 años con diagnóstico clínico y por ultrasonido doppler testicular de varicocele, en el periodo de abril de 2022 a abril 2023. Tipo y diseño del estudio: Descriptivo, observacional, longitudinal y prospectivo. Sin conflicto de interés.

RESULTADOS: En 29 pacientes se estableció el diagnóstico de varicocele con una edad mínima de 11 años y máxima de 17 años, con una media de 15+1.8 años. Al emplear termografía infrarroja se obtuvieron rangos de temperatura para varicocele grado I de 31.45-33.85°C en el polo superior, siendo 1.2°C más alta que el testículo contralateral. En varicocele grado II la temperatura en polo superior de 32.45-34.93°C, siendo 1.8 °C más alta que el testículo contralateral sano y en varicocele grado III en el polo superior de 34.09 -36.39°C, siendo

3.2°C más alta que el testículo contralateral sano. En los pacientes con resolución quirúrgica, se realizó seguimiento con termografía en la que se observó descenso gradual de la temperatura en el 100% de los pacientes con cambio en la imagen termográfica a los 15 días del tratamiento quirúrgico.

DISCUSIÓN: En los hallazgos obtenidos por termografía, la temperatura fue mayor en el polo testicular superior afectado por varicocele, concordando con los datos termográficos reportados por Akash Shukla y cols. En donde se observó la diferencia de temperatura del plexo pampiniforme izquierdo de 2.12°C con respecto al derecho. Consideramos que nuestros resultados motivan a continuar con investigaciones similares, ya que con futuros estudios podría mejorarse la práctica clínica en estos pacientes.

CONCLUSIONES: El presente estudio demostró que la termografía infrarroja es útil en el abordaje diagnóstico de pacientes con varicocele para documentar el aumento de temperatura del polo testicular superior, así como el descenso de la temperatura posterior al tratamiento quirúrgico.

PIELOPLASTIA ASISTIDA POR ROBOT DA VINCI

Autor: Pedro Salvador Jimenez Urueta
Coautores: Suelen Ishel Mendoza Rodríguez, Carolina Carrillo Rodríguez, Giselle Mariana Merchand Herrera, Sergio Terriquez Rodríguez
Ponente: Suelen Ishel Mendoza Rodríguez
Institución: Centro Médico Nacional 20 De Noviembre

INTRODUCCIÓN: El manejo de la obstrucción de la unión ureteropielica ha evolucionado en los últimos años. La resolución por mínima invasión ha tenido una tasa de éxito adecuada y ganada popularidad dentro de la urología pediátrica. La introducción de innovaciones es un proceso clave para el avance de la especialidad. La cirugía robótica ha permitido implementar nuevas habilidades y aumentar las adquiridas en mínima invasión, aumenta la precisión, ofrece una adecuada ergonomía con mejoría para el cirujano y los resultados en el paciente. El objetivo del presente trabajo es presentar la experiencia de un hospital de alta especialidad y los resultados obtenidos en la pieloplastia con robot Da Vinci.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, observacional, descriptivo, serie de casos consecutivos, 28 casos de obstrucción de la unión ureteropielica unilateral operados con mínima invasión asistida por robot, realizados de marzo 2019 y marzo 2023. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, peso, método diagnóstico, tiempo de docking (ensamble robótico), tiempo quirúrgico, tiempo de sonda transuretral, tiempo y tipo de drenaje, tiempo de permanencia de catéter JJ, tiempo de estancia intrahospitalaria, presencia de complicaciones. Controles postoperatorios a 7 días, al mes y a los 6 meses en la consulta externa valorando la presencia o ausencia de los síntomas, ultrasonido renal y de vías urinarias de control, además de gammagrama renal con MAG3 a los 6 meses. Se realiza análisis estadístico descriptivo.

RESULTADOS: Treinta diagnósticos de obstrucción en la unión ureteropielica unilateral, con edad media de 7.4 años (rango de edades de 1 a 13 años). Veintiún hombres, 9 mujeres. Izquierdas 17, derechas 13, rango de peso de 9.2 a 81 kg media 36.8 kg. El diagnóstico definitivo en todos los casos fue con gammagrafía con MAG3. El tiempo promedio de docking robótico de 31.4 minutos y tiempo medio de consola de 149.5 minutos.

A todos los pacientes se dejó catéter doble jota sonda transuretral y drenaje tipo penrose, con promedio de sonda transuretral de 1.5 días, y drenaje tipo penrose 2.7 días promedio. Estancia intrahospitalaria de 3.3 días. Tiempo promedio de catéter doble J desde la colocación hasta el retiro fue promedio 6 semanas. No se reportaron complicaciones transoperatorias ni postoperatorias. El seguimiento en consulta es de dos años máximo, mínimo un mes. Sin conversiones.

DISCUSIÓN: El número de casos disminuyeron por los dos años de pandemia, cierre del servicio, sin cirugía robótica en nuestra unidad, Aun cuando el último caso se presentó en el 2023. Consideramos que los datos en la literatura que abalan el procedimiento en niños son suficientes y muestran datos relevantes que apoyan el uso de esta tecnología. La mejoría de los sistemas inteligentes evolucionará y no dependerá del cirujano pediatra en forma particular si continúa o no la cirugía robótica. La inteligencia artificial continuara desarrollándose y mejorando independientemente de la posición del cirujano, como lo demuestra la literatura. En el caso de los niños los avances se han llevado en todas las áreas, pero en forma específica en urología.

CONCLUSIÓN: Consideramos que en el abordaje mínimamente invasivo asistido por robot en el tratamiento de la obstrucción de la unión ureteropielica es una técnica, eficaz y reproducible, con una ventaja en la adaptación del cirujano pediatra a la cirugía robótica.

MANEJO SIMULTÁNEO MEDIANTE CIRUGÍA ROBÓTICA DE VEJIGA E INTESTINO NEUROGÉNICOS EN PEDIATRÍA.

Autor: Alejandro Fabian Tamayo Oliver
Coautores: Pedro Salvador Jiménez Urueta, Giselle Mariana Merchand Herrera, Sergio Terriquez Rodríguez, Lorena Aidé Campos Gutiérrez
Ponente: Alejandro Fabian Tamayo Oliver
Institución: Centro Médico Nacional 20 De Noviembre

INTRODUCCIÓN. El manejo de la continencia urinaria y digestiva por disfunción de origen neurogénico, históricamente se ha manejado con procedimientos realizados de manera individual. Los canales cutáneos cateterizables como Malone en vía digestiva y Mitrofanoff en vía urinaria, son procedimientos ampliamente descritos para tratamiento paliativo de la continencia urinaria y fecal. En la literatura mundial se hace referencia a uno u otro de forma aislada. Galansky en su publicación del 2020 reporta 69 pacientes pediátricos, en lo que incluye a 11 a quienes se les realizó procedimiento urológico y digestivo en forma simultánea.

El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia de un hospital de alta especialidad, en el manejo de la disfunción urológica y digestiva de origen neuropático, en un solo tiempo quirúrgico, mediante cirugía robótica.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, serie de casos; 18 casos de pacientes con disfunción urológica y digestiva de origen neurogénico. Durante el periodo de 2019 a 2022 se analizaron las variables habituales: Sexo, edad y peso, además del diagnóstico preoperatorio, cirugías realizadas, días de estancia intrahospitalaria, complicaciones y seguimiento postoperatorio. El análisis estadístico se hizo con medidas descriptivas.

RESULTADOS. Se intervinieron 18 pacientes, total de 36 procedimientos, entre los 3 y 16 años, media de 10 años. Cinco fueron del sexo masculinos (28%) y 13 de sexo femenino (72%), con peso comprendido entre los 18 y 73kg. El 78% de nuestra población ingresó con el diagnóstico de Mielomeningocele (14), mientras los otros diagnósticos fueron: Craneosinostosis, espina bífida, compresión medular tumoral y déficit del neurodesarrollo por asfixia perinatal.

Se intervinieron todos los pacientes por el sistema quirúrgico DaVinci con abordaje conjunto de vía urinaria y vía digestiva en un

mismo tiempo quirúrgico. A 6 pacientes se les realizó cirugía con uso de hemiapéndice dividida con técnica de Malone y Mitrofanoff concomitante (33%). En 9 casos se realizó el procedimiento de Malone en conjunto con colgajo vesical tipo Boari (50%). En 2 casos se realizó cecostomía convencional en conjunto con cistostomía (11%). 1 paciente se intervino mediante cecostomía convencional y Mitrofanoff en vía urinaria (6%) Se reportó una complicación transoperatoria por necrosis de la apendicovesicostomía que se corrigió mediante realización de un colgajo vesical tipo Boari. Se reportó una complicación mayor postquirúrgica en una paciente que cursó con lesión y perforación de la apendicovesicostomía y peritonitis secundaria. El promedio de días de hospitalización fue de 4.7. La complicación más frecuente fue la estenosis de colgajo vesical tipo Boari.

DISCUSIÓN. No existe en la literatura mexicana revisiones sobre cirugía robótica en pediatría que aborde en conjunto el problema urológico y digestivo de origen neuropático. La cirugía robótica es una buena posibilidad para llevar a cabo los 2 procedimientos en un mismo tiempo, dado el grado de libertad del sistema quirúrgico además de la ventaja que conlleva la mínima invasión. La mayoría de las complicaciones se vieron por falta de apego en las indicaciones y la pérdida de seguimiento por la pandemia. La sobrevida en estos pacientes cada vez es mayor y el cirujano pediatra debe de estar informado sobre las alternativas quirúrgicas en estos pacientes.

CONCLUSIÓN. Consideramos que en el abordaje mínimamente invasivo asistido por robot en el tratamiento urológico y digestivo de origen neuropático es un terreno aún en estudio, pero que promete ser una técnica eficaz y reproducible, con una ventaja en la adaptación del cirujano pediatra a la cirugía robótica.

INJERTO RENAL DE ARTERIAS MÚLTIPLES, UNA OPCIÓN SEGURA PARA EL TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO.

Autor: Mitzi Rubí Becerra Moscoso
Coautores: Nidia De Monserrat Arreola Gutiérrez, Alfonso Navarro González, Eduardo Angulo López, Juan Carlos Barrera De León
Ponente: Mitzi Rubí Becerra Moscoso
Institución: UMAE Hospital De Pediatría Del C.M.N. De Occidente

INTRODUCCION. El trasplante renal se considera el tratamiento ideal para aquellos que requieren terapia de sustitución renal, sin embargo la lista de espera para conseguir un riñón apto, es larga. Debido a ello, las unidades de trasplante se han visto en la necesidad de incluir riñones con variantes anatómicas para poder maximizar el grupo de donadores y hacer frente a la demanda que existe.

MATERIAL Y METODOS. Estudio retrospectivo en pacientes pediátricos con trasplante renal de donador vivo relacionado con injerto de arterias múltiples, en un periodo comprendido del 2015 al 2021. Se analizaron datos sociodemográficos, número de arterias en el injerto renal, tiempo de isquemia caliente, tiempo de isquemia fría, complicaciones quirúrgicas, sangrado, estancia hospitalaria, retardo en la función del injerto, evolución a la semana, 6 meses y un año, con tasa de filtrado glomerular (TFG); así como sobrevida del injerto y del paciente a un año.

RESULTADOS. Se estudiaron 32 pacientes trasplantados con injerto renal de arterias múltiples, la edad media fue de 13 años (rango de 5 a 18 años). El 97% eran injertos izquierdos y 3% eran derechos. 26 de los injertos contaban con 3 arterias (81%) y 6 con 4 arterias (19%). Dentro de los hallazgos principales se reportaron: tronco común (15%), arteria polar (18%), arterias con parche de aorta (9%) y pelvis extrarrenal (9%). Respecto a los tiempos de isquemia caliente, la mediana fue de 155 seg y 81 min de isquemia fría. El 15% presentó complicaciones quirúrgicas (hematoma perirrenal, laceración de la arteria, trombosis) y el 18% presentó retardo en la función del injerto. El sangrado promedio fue de 296 ml y la estancia hospitalaria de 11 días. En el seguimiento posterior al trasplante, se calculó la TFG a la semana, la cual fue de 83 ml/min/1.73; a los 6 meses de 96.6 ml/min/1.73 y al año de 95.45 ml/min/1.73.

La sobrevida del injerto y del paciente al año fue del 100%.

DISCUSION. El trasplante renal con injerto de arterias múltiples tiene los mismos resultados con los descritos en la literatura del trasplante renal con arteria única. Aunque los tiempos de isquemia fría y caliente son mayores en el injerto de arterias múltiples, las complicaciones quirúrgicas, el retardo en la función renal y la evolución posterior al trasplante son similares al injerto de arteria única. Así mismo el sangrado y los días de estancia hospitalaria no se vieron afectados por la multiplicidad de las arterias. Con una sobrevida arriba del 95% al año del trasplante, tanto para el injerto renal como para el receptor.

CONCLUSIONES. El trasplante renal con injerto de arterias múltiples, realizado en una unidad especializada, es una alternativa segura para mejorar la calidad de vida y sobrevida de los pacientes con enfermedad renal crónica. Recomendamos que las unidades de trasplantes incluyan en sus programas la realización de trasplante renal con injerto de arterias múltiples para hacer frente a la demanda de trasplantes renales en el país.

EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN LA CORRECCIÓN DE HIPOSPADIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Autor: Miriam González Fernández.
Coautores: Ma. Teresa Cano Rodríguez, Luis Fernando González Cortés, Nabilia Margarita Peña Zapata, Jessica Elizabeth García Soto
Ponente: Miriam González Fernández.
Institución: UMAE Hospital De Ginecología y Pediatría No. 48 IMSS.

INTRODUCCIÓN: hipospadias es la apertura ectópica ventral de la uretra a lo largo del pene, escroto o periné. Se caracteriza por: orificio ventral anormal del meato, incurvación ventral del pene y distribución del prepucio anormales, con un capuchón dorsal. Segunda anomalía congénita más frecuente.

Objetivo es analizar a los pacientes con hipospadias tratados en nuestro hospital, con la finalidad de conocer las características clínicas y quirúrgicas que intervienen en los resultados finales del tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y METODOS: estudio descriptivo de 117 casos entre marzo de 2021 y abril de 2023. Se estudiaron los datos demográficos: edad, antecedentes perinatales y patológicos, clasificación de hipospadias, edad de tratamiento, tipo de corrección (un procedimiento o por etapas), tipo de sutura, complicaciones postquirúrgicas. Se incluyen a todos los pacientes con hipospadias y se excluyeron 5 pacientes con más de 1 cirugía realizada fuera de nuestra unidad los cuales ya presentaban complicaciones.

RESULTADOS: Población: 112 pacientes con hipospadias cumplieron los criterios de inclusión. La edad de la cirugía presenta una media de 5.8 años, se presentaron complicaciones de forma global en el 10.71 %, en cuanto a las complicaciones presentadas se encuentran: dehiscencia (0.89%), fistula urinaria (8.93%), estenosis (1.79%), infección (0.89%) de los cuales 2 pacientes presentaron estenosis y fistula urinaria. En cuanto a las complicaciones de acuerdo a la clasificación de hipospadias encontramos un índice de 1.72% en las anteriores, el 29.63% en las medias y en las proximales 11.11%. Se observa mayor incidencia en los pacientes de mayores de 10 años en donde el porcentaje de complicación es 41.6%. El procedimiento quirúrgico más utilizado fue TIP + colgajo de piel en un 68.75%.

DISCUSION: En nuestra Unidad, la corrección de hipospadias es el procedimiento más realizado en el servicio de Urología pediátrica. Con el objetivo de brindar un mejor pronóstico a nuestros pacientes analizamos las estadísticas de nuestro hospital con el fin de mejorar nuestra técnica quirúrgica; en el presente estudio observamos un índice de complicación del 10.71 % en comparación a lo reportado en la literatura en donde refieren un índice de complicaciones de hasta un 37.2% en hipospadias proximales.

CONCLUSION: La cirugía hipospadias se considera un procedimiento difícil teniendo así una variedad de técnicas para la corrección definitiva sin embargo la tasa de complicaciones reportada es alta. La técnica más utilizada en nuestra experiencia es TIP con colgajo de piel con sutura PDS 5-0 con una frecuencia baja de complicaciones, además se observó un incremento de complicaciones en pacientes mayores de 10 años, también se observa mayor índice de complicaciones en las hipospadias proximales; es de suma importancia el procedimiento inicial ya que de este depende el pronóstico y reintervenciones futuras en nuestros pacientes.

EXPERIENCIA DE NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO COMO TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN LITIASIS RENAL COMPLEJA

Autor: Juan Carlos Moreno Cabrera
Coautores: Ulises Gabriel Bailón Chávez, Anuar Daniel Berber Deseusa, Carlos Mosqueira Mondragón, Israel Salvador Domínguez Sandoval
Ponente: Ulises Gabriel Bailón Chávez
Institución: Hospital General De México "Dr. Eduardo Liceaga"

INTRODUCCIÓN: La litiasis urinaria es la presencia de litos en la vía urinaria, es frecuente en adultos y de presentación poco frecuente en la edad pediátrica, su presentación en dicha población amerita basto conocimiento sobre el manejo quirúrgico debido al amplio abanico de complicaciones que podría generar. La litiasis urinaria representa sólo 1 de cada 1000 a 7000 ingresos hospitalarios en los servicios pediátricos de referencia. Se estima que la incidencia de litiasis urinaria en edad pediátrica es del 2%, su incidencia es variable debido a lo inespecífico de sus síntomas y a la dificultad para recabar datos al interrogatorio o a la exploración física.

OBJETIVO: Realizar un estudio retrospectivo observacional de pacientes operados en este centro de referencia para evaluar las tasas de éxito de la nefrolitotomía percutánea y mínimas complicaciones de esta técnica en el grupo de edad pediátrico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo observacional de un total de 12 pacientes pediátricos con edades desde los 9 meses a los 17 años con diagnóstico de litiasis renal. Los datos de este estudio fueron obtenidos de los registros médicos de los pacientes elegibles que cumplieran los criterios de inclusión (edad pediátrica, diagnóstico de litiasis renal, carga litiasica y candidatos a procedimiento endoscópico - NLPC). Los criterios de exclusión consistieron en pacientes no candidatos a NLPC, edad adulta.

RESULTADOS: De los 12 pacientes (100%) tenían diversos grados de hidronefrosis, con cargas litiasicas desde 180 hasta 803 mm³, con un rango de hospitalización de 2 a 4 días postquirúrgicos, quedando el 100% de los pacientes con tasas libre de litiasis con vía de acceso por única punción y menos del 10% con tasas de complicación (sangrado postoperatorio).

DISCUSIÓN: Hemos sugerido la NLPC como una opción inofensiva para el manejo de los cálculos renales pediátricos con excelentes resultados y pocas complicaciones en el presente estudio.

CONCLUSIONES: Hemos sugerido la NLPC como una opción mínimamente invasiva de elección para el manejo de los cálculos renales pediátricos obteniendo tasa libre de litiasis del 100% y disminución complicaciones en el presente estudio, La de NLPC pueden ofrecer altas tasas de ausencia de cálculos con un pequeño riesgo de Clavien Complicaciones. El tamaño del tracto parece influir en la naturaleza de las complicaciones, con mayor hematuria, La edad no es un factor limitante, ya que existen instrumentos de NLPC de tamaño apropiado para niños.

EXPERIENCIA EN EL USO DE LA TÉCNICA DE NEFRECTOMÍA RETROPERITONEOSCÓPICA PURA EN EL DONADOR VIVO RELACIONADO PARA EL TRASPLANTE RENAL DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 ATENDIDOS EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autor: Sandra Karina Díaz Cardona
Coautores: Roberto Carlos Ortiz Galván, Adriana Calderón Urrieta, Edgar Fernando Oliver García, Daniela Hernández Meza
Ponente: Daniela Hernández Meza
Institución: UMAE Hospital De Pediatría Centro Médico Nacional "Siglo XXI"

INTRODUCCIÓN. El trasplante renal se considera el tratamiento ideal en los niños con ERC si se compara con el resto de las terapias de sustitución renal. La escasez de órganos de donante cadavérico y el creciente número de pacientes con ERC han aumentado los incentivos para la búsqueda de donantes vivos. Se ha buscado mejorar la seguridad y minimizar la morbilidad al donador, para solventar la demanda de órganos a través de nuevas técnicas de nefrectomía en ellos.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio de serie de casos-observacional y descriptivo. A partir de los donadores vivos relacionados y sus receptores menores de 17 años de edad. Se analizaron acerca del donador tiempo quirúrgico, tiempo de isquemia caliente (WIT), sangrado transoperatorio, días de recuperación postoperatoria, la necesidad de analgesia opioide en el periodo postoperatorio. Así como el análisis de la función renal estimada de donador y su receptor pediátrico pretrasplante y postrasplante de manera inmediata dentro de la primera semana y mediata a los 6 meses del trasplante.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO. Se analizaron las variables cuantitativas, se exploró el tipo de distribución con sesgo y curtosis y se aplicaron las pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con valores críticos de $p < 0.05$. Para las variables cualitativas, se usaron frecuencias y porcentajes. En variables con distribución normal, se utilizó la media y la desviación estándar. El análisis estadístico se realizó utilizando el software IBM® SPSS® Statistics Versión 25.0.

RESULTADOS. Se revisó el registro de 13 trasplantes de donador vivo relacionado, de los cuales la nefrectomía del donador se realizó por abordaje retroperitoneoscópico. La edad de los donadores renales fue de 38.46 años, 4 hombres y 9 mujeres, un IMC de 25.26, los valores de Cr. sérica preoperatorios fueron 0.79 mg/dL, una TFG estimada preoperatoria de 92.53 ml/min/1.73m².

La edad media del receptor fue de 13.46, hombres 7 (53.8%) y mujeres 6 (46.2%), un peso medio de 37.9 kg, una talla de 1.45 m, función renal estimada 6.92 + 2.92 ml/min. Se reportó un tiempo quirúrgico de 147 min, la mediana del sangrado transoperatorio fue de 50 ml, el tiempo de isquemia caliente con una mediana de 180 segundos, una mediana de estancia hospitalaria de 5 días, y una mediana de tiempo de recuperación postoperatoria hospitalaria de 3 días, requiriéndose analgesia opioide en 11 (84.6%) de los 13 pacientes, con una mediana de 2 días en cuanto a la utilización de dicha analgesia. El receptor renal mostró una media de creatinina sérica pretrasplante de 10.39 y una TFG de 6.92 ml/min/1.73m². A la semana posterior al trasplante de obtuvo una TFG media de 70.23 y a los 6 meses postrasplante 63.92 ml/min. Conversión a cirugía abierta en uno de los 13 casos (7.6%).

CONCLUSIONES. Se considera la Nefrectomía retroperitoneoscópica pura una alternativa segura para los donadores renales, ya que se obtuvieron tiempos quirúrgicos, tiempo de isquemia caliente, estancia hospitalaria similares a los reportados en la literatura, con función del injerto renal adecuada esperada en el receptor pediátrico, y con las ventajas de la cirugía de mínima invasión, tales como recuperación postoperatoria más rápida, tiempos de recuperación postoperatoria hospitalaria cortos y resultados estéticos buenos. Existe poca información descrita respecto a receptores pediátricos a partir de injertos procurados por técnicas de mínima invasión. Por lo que consideramos necesario a futuro realizar estudios acerca del impacto en la función de injerto renal a corto y a largo plazo.

NEFRECTOMÍA BILATERAL, DERIVACIÓN MESO-RENAL Y TRASPLANTE RENAL EN UN SOLO TIEMPO QUIRÚRGICO, COMO TRATAMIENTO DEFINITIVO DE HIPERTENSIÓN PORTAL HEMORRÁGICA E INSUFICIENCIA RENAL SECUNDARIOS A ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA Y FIBROSIS HEPÁTICA CONGÉNITA.

Autor: Gustavo Varela Fascinetto
Coautores: Jesus Adrian Diaz Rivero, Denise Sánchez Padilla, Rosa Erro Aboytia, José Alejandro Hernández Plata
Ponente: Jesus Adrian Diaz Rivero
Institución: Hospital Infantil De México “Dr. Federico Gómez”

OBJETIVO: Presentar un caso excepcional resuelto mediante un procedimiento quirúrgico que no ha sido reportado previamente.

CASO CLÍNICO: Femenino con antecedente de oligohidramnios y aumento del tamaño de ambos riñones por US prenatal. A los 3 meses detectan masa abdominal en flanco izquierdo, dificultad respiratoria y acidosis metabólica que condicionó PCR. Por imagen y biopsia renal se confirman riñones poliquísticos y esplenomegalia. A los 7 años de edad comienza con STDA que requiere transfusión. Endoscopia con VGE grado IV y várices fúndicas. Acude a nuestra institución a los 8 años de edad con choque hipovolémico secundario a STDA, esplenomegalia hasta cresta iliaca y nefromegalia bilateral que ocupa todo el abdomen. US doppler revela vena porta permeable. La TC evidenció múltiples dilataciones de la vía biliar intrahepática con riñones poliquísticos gigantes, por lo que se sospechó Síndrome de Caroli. Biopsia hepática con fibrosis hepática congénita variedad no colangítica. PFH normales, creatinina 1.83 mg/dL, KDOQI 4. La paciente presentó 11 episodios de STDA que requirieron hospitalización en terapia intensiva, múltiples transfusiones, crisis convulsivas, hemorragia intraventricular, 9 sesiones de ligadura-esclerosis endoscópica de várices, apoyo vasopresor, intubación, múltiples accesos venosos y deterioro de la función renal que ameritó colocación de catéter Tenckhoff e inicio de diálisis peritoneal. Se listó para un Trasplante Renal (TR) de donador fallecido pero ante la larga lista de espera, se completó protocolo para TR de donador vivo. Para resolver la hipertensión portal hemorrágica (HTPH), la insuficiencia renal crónica (IRC) y el efecto compresivo de ambos riñones, se decidió llevar a cabo una nefrectomía bilateral, derivación portosistémica no convencional mediante la anastomosis de la vena renal izquierda término-lateral a la vena mesentérica inferior y TR de donador vivo en un solo tiempo quirúrgico. El riñón derecho midió 24x13x11 cm con 1,480 gr de peso y el izquierdo 21x13x11cm con 1,140 gr.

Patología confirmó múltiples quistes dentro de la corteza y médula renal con fibrosis, concordante con Enfermedad Renal Poliquística Autosómica Recesiva (ERPAR). Diez meses después de la cirugía la paciente se encuentra asintomática, sin sangrados, reducción de la esplenomegalia, biometría hemática normal, endoscopia sin várices y función del injerto renal normal con creatinina de 0.6 mg/dL, bajo un esquema de inmunosupresión convencional con Tacrolimus-Micofenolato-Esteroides.

DISCUSIÓN: Nuestro caso es particular porque la paciente presentó desde el nacimiento 3 síndromes que amenazaban la vida: HTPH, IRC y el efecto de masa. Cada una de estas patologías requería de consideraciones quirúrgicas particulares que en ocasiones se contraponían. El procedimiento quirúrgico aquí descrito nunca antes había sido reportado y logró resolver los 3 problemas en un solo tiempo quirúrgico. La ERPAR es la poliquistosis renal de inicio en la niñez más común, con una prevalencia de 1:10,000 a 60,000 recién nacidos vivos. Es causada por mutaciones en el gen PKHD1 que codifica para una proteína denominada polductina, encargada de la tubulogénesis. La presentación perinatal es generalmente fatal antes del nacimiento o durante el 1er año de vida. Los pocos casos que sobreviven, como en el nuestro, desarrollan cuadros de dificultad respiratoria y distensión abdominal secundaria al gran tamaño de los riñones e IRC, así como fibrosis hepática con dilataciones quísticas de la vía biliar intrahepática. En nuestra paciente, la HTPH fue la característica clínica mas severa y amenazante, algo no reportado previamente.

PAPILOMA UROTELIAL VESICAL INVERTIDO, REPORTE DE UN CASO EN UN PACIENTE ADOLESCENTE DE 14 AÑOS DE EDAD

Autor: Carlos Fabian Torres Solorzano
Coautores: Fernando Cuellar López, Laura Edith González Rodríguez
Ponente: Carlos Fabian Torres Solorzano
Institución: Hospital Para El Niño Poblano.

INTRODUCCIÓN: Los papilomas de células transicionales son tumores de origen epitelial, y forman las neoplasias del tracto urinario más frecuentes en los adultos, sin embargo su incidencia en la infancia es muy baja. La localización más común en ambos grupos es la vesical, a menudo en la proximidad de los orificios ureterales. La clínica posible es muy variable, siendo la más frecuente la hematuria macroscópica.

Histológicamente son de bajo grado de malignidad y la escisión radical es considerada curativa; Sin embargo, la tasa de recurrencia en la literatura especializada es alta, y existe la posibilidad de un tipo tumoral más agresivo.

Estudio de los casos revisados nos habla de una localización prácticamente constante cercana a los orificios uretrales. Parece ser debido a la presencia de una inflamación crónica a ese nivel, por diversos factores entre los que se postula infecciones urinarias recurrentes, tóxicas como la ciclofosfamida o incluso el paso de cálculos renales. No ha sido por el momento estudiado una posible predisposición genética ni la asociación familiar. El espectro del cáncer vesical incluye formas superficiales, invasivas y metastásicas, cada una de ellas con su propio comportamiento clínico, pronóstico y tratamiento.

Presentamos el caso de una niño de 14 años de edad, referido de otro centro de tercer nivel pediátrico con el antecedente de hematuria macroscópica de 1 año de evolución, la cual se manifestaba al principio de la micción asociado a síntomas irritativos miccionales dichos eventos de hematuria confirmados por sedimento urinario, eritrocituria y bacteriuria sintomática, motivo por el cual se administraron múltiples esquemas de antibioticoterapia con reincidencia de los cuadros de hematuria. Sin mejoría clínica, a su llegada a nuestro servicio se realiza analita general y de marcadores tumorales con negativa de los mismo.

Por ello se decide abordar con una uretrocistoscopia diagnóstica y terapéutica, evidenciando lesiones digitiformes pediculadas en el trigono vesical compatible macroscópicamente con un pólipo vesical, sin embargo el reporte histopatológico arroja un papiloma urotelial invertido.

DISCUSIÓN: Se describe en la revisión de la literatura especializada con una presentación clínica típica de la hematuria, que es típicamente macroscópica, intermitente y asintomática, pero que puede presentar también otras formas. Ocasionalmente los pacientes pueden presentar disuria, urgencia miccional y poliaquiuria, conjunto de síntomas altamente sugestivo de afectación por Tis. Por ello es importante protocolizar de manera sistemática a las hematuria macroscópica por la emergencia de enfermedades vesicales oncológicas actuales en pediatría.

ANASTOMOSIS URETEROURETERAL LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE PEDIÁTRICA CON DOBLE SISTEMA COLECTOR.

Autor: Víctor Hugo López Villarreal
Coautores: Georgina Eugenia Nájera Sánchez, Mariana Valdés Soto
Ponente: Mariana Valdés Soto
Institución: Hospital General ISSSTE Saltillo.

INTRODUCCIÓN: El doble sistema colector es la anomalía congénita más frecuente del sistema urinario y se estima que estas representan una relación causal en el 30 a 50% de los casos de enfermedad renal crónica en niños. El manejo se individualiza de acuerdo con la variante clínica y el grado de afección de la función renal. En los casos con obstrucción del sistema colector superior y que éste conserva su función ha sido descrito la anastomosis uretero ureteral con buenos resultados. Esta técnica se puede realizar mediante un abordaje inguinal, ofreciendo una amplia exposición que permite realizar una anastomosis adecuada, menos dolor, además de recuperación rápida y buenos resultados estéticos. Se presenta el caso de una paciente adolescente de constitución endomorfa, cuyas características físicas representaban un reto para el abordaje inguinal, por lo que se opta por un abordaje laparoscópico. El objetivo de este trabajo es mostrar la factibilidad de este procedimiento mediante el abordaje laparoscópico para casos similares.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO: Se presenta paciente femenina de 15 años con antecedente de malformación de Arnold Chiari tipo 1 que durante su evaluación neurológica estructural se detecta como hallazgo la presencia de dilatación de las vías urinarias de la unidad renal derecha. Se le solicita urografía excretora y tomografía axial evidenciando doble sistema colector derecho con dilatación del sistema colector superior, y adelgazamiento del parénquima renal de polo superior derecho. Cistoureterograma sin reflujo. El gammagrama renal con MAG3 corrobora la obstrucción del sistema superior derecho, así como la funcionalidad de dicho polo; el polo renal inferior derecho sin obstrucción y sin afección de la función. Se realizó cistoscopia, donde se encuentra un solo meato ureteral derecho de implantación normal en el trigono. La pielografía ascendente solo permite visualizar el uréter del polo inferior sin dilatación.

Se procede a manejo quirúrgico mediante abordaje laparoscópico realizando una anastomosis termino lateral espatulada del uréter superior con el inferior. La anastomosis se realizó con puntos simples separados de vicryl 4-0. La anastomosis se dejó ferulizada con una sonda de poliuretano 5Fr. No se dejaron drenajes. La paciente se egresó al día siguiente; a los 7 días se retiró la férula ureteral. El seguimiento se realiza con visitas mensuales, encontrándose asintomática con exámenes de orina y urocultivos normales. A los 6 meses de posoperada se planea realizar estudio de imagen.

DISCUSIÓN: En el caso presentado en este trabajo se eligió la anastomosis uretero ureteral distal basado en las ventajas y beneficios que se reporta al conservar la unidad funcional del polo. Sin embargo, el abordaje inguinal podría ser técnicamente más difícil debido a la edad y a la constitución endomorfa de la paciente. Por tal motivo, decidimos realizar un abordaje laparoscópico para la realización de una anastomosis termino lateral entre el uréter del polo superior y el uréter del polo inferior. La exposición de ambos ureteres fue buena, no fue necesario movilizar estructuras intrabdominales y la anastomosis pudo realizarse sin dificultad; además de ofrecer los beneficios inherentes a la mínima invasión. Consideramos este abordaje una opción muy recomendable para pacientes pediátricos en los que su edad, tamaño y constitución dificultan el acceso inguinal.

MEGALOURETRA: REPORTE DE CASO

Autor: David Giovanni Morales Iriarte
Coautores: Omar Sánchez Álvarez, Maryzela Lazo Ramírez, Efrén Camacho Muñoz, Daniel Aguirre García
Ponente: David Giovanni Morales Iriarte
Institución: Hospital Civil De Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"

INTRODUCCIÓN: La megalouretra es una anomalía rara del mesénquima que afecta la uretra anterior masculina, caracterizada por dilatación no obstructiva de la uretra peneana, es una malformación congénita relacionada con la ausencia del desarrollo del cuerpo esponjoso y en ocasiones del cuerpo cavernoso (1).

CASO CLÍNICO: Masculino de 15 años, con antecedente de cardiopatía congénita (comunicación interventricular) esplenectomía a los 4 años de edad, por trombosis en arteria esplénica. Se evidencia defecto uretral al momento de colocar sonda urinaria.

Al examen físico, se encuentra pene de tamaño normal, cuerda ventral de 15 grados, prepucio bien rotado, cara ventral, megalouretra fusiforme, testículos descendidos. Se realizó uretrocistoscopia, encontrándose uretra fusiforme con dilatación distal, meatos uretrales en posición ortotópica. Se realizó ureteroplastia de reducción con retiro de parche en 72 horas. Al retirar sonda, la uretra y el glande se observaron íntegros.

DISCUSIÓN: La megalouretra suele diagnosticarse por la apariencia física del pene, encontrándose de característica escafoide o fusiforme, siendo éste último, el caso del paciente. (2),

Hay dos tipos de megalouretra dependiendo de su extensión, escafoide y fusiforme (3). La uretra se agranda, su pared se adelgaza y los cuerpos eréctiles se vuelven hipoplásicos. Se describen las formas primarias como fusiformes, con ausencia de cuerpo esponjoso y cavernoso, y las formas secundarias como escafoides, donde sólo el cuerpo esponjoso está ausente. Esta distinción morfológica es fácilmente detectada al nacimiento (4).

Su etiología embrionaria se desconoce, pero existen dos teorías, una propone un defecto en la migración, diferenciación o desarrollo de tejido mesenquimal del fallo y la otra es la canalización retrasada o deficiente de la uretra glandelar relacionada con el desarrollo de cuerpo esponjoso y cavernosos (1,3).

Se puede asociar (particularmente la de tipo fusiforme) con otras anomalías congénitas, especialmente las de tipo genitourinarias como ser, hidroureteronefrosis, reflujo vesicoureteral, síndrome de vientre en ciruela pasa, hipospadias y testículos no descendidos. Entre otras anomalías se incluyen asociación VATER y VACTERYL (4).

El abordaje quirúrgico es la uretroplastia de reducción (4,5). En el caso de nuestro paciente, se realiza primera evaluación a los 4 años, cuando se le realiza esplenectomía. Se pierde su seguimiento, hasta volver a captarlo por dolor testicular. Como parte de su abordaje se decide realizar uretrocistoscopia para documentar las características de la uretra. Se realizó uretroplastia de reducción sin complicaciones.

MALFORMACIÓN PULMONAR HÍBRIDA COMPLETA. ABORDAJE Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor: Enrique Leal Cirerol
Coautores: Laura Cecilia Cisneros Gasca, Hector Perez Lorenzana, Humberto Bermúdez Gómez, Janet Amairani Bueno Montiel
Ponente: Humberto Bermúdez Gómez
Institución: UMAE Hospital General Del Centro Médico Nacional "La Raza"

OBJETIVO. Las malformaciones pulmonares congénitas complejas presentan una baja incidencia, generalmente son lesiones aisladas y raramente se han reportado en la literatura las lesiones híbridas, compuestas por malformación congénita de la vía aérea pulmonar (MCVAP) junto con secuestro pulmonar (SP), mientras que el espectro de malformación híbrida completa incluye aquellas que se acompañan de hernia diafragmática congénita. El objetivo es dar a conocer el espectro de una malformación pulmonar congénita híbrida completa en un paciente pediátrico, así como la resolución quirúrgica por mínima invasión.

CASO CLÍNICO. Femenino de 3 años, a quién de forma prenatal se le detectaron quistes pulmonares, nace de término por cesárea, egresa a los quince días de vida asintomática, para su vigilancia y seguimiento por consulta externa, realizando abordaje diagnóstico con radiografía y tomografía torácica contrastada a los 4 meses de vida, en la cual se evidencia SP izquierdo con componente mixto asociado a MCVAP en lóbulo inferior izquierdo, de igual forma se identifica elevación renal ipsilateral, sin aparente afectación diafragmática, se decide programación quirúrgica con abordaje por mínima invasión. En primer tiempo, se realiza toracoscopia diagnóstica izquierda, con hallazgos de SP intralobar izquierdo y malformación pulmonar de componente quístico en lóbulo inferior asociadas a hernia diafragmática con saco herniario, inicialmente se identifica y disecciona arteria nutricia proveniente de aorta torácica, se colocan hem-o-locks y se corta, en segundo tiempo, se realiza plicatura de saco herniario, se cauterizan bordes diafragmáticos y se afronta defecto con sutura prolene 2-0 puntos extracorpóreos, posteriormente se disecciona hilio pulmonar del lóbulo inferior, inicialmente se liga la vena, sin embargo, para facilitar la movilización de la lesión y por seguridad del paciente se decide conversión a toracotomía, completando la disección del hilio de forma videoasistida con ligadura de arteria y colocación de hem-o-locks en bronquio, se completa resección y extracción de pieza quirúrgica, se coloca sonda endopleural 19Fr y se da por terminado procedimiento.

El postquirúrgico inmediato en terapia intensiva con ventilación mecánica, extubada de forma programada, con progresión y retiro de sonda pleural al quinto día postquirúrgico, siendo egresada a domicilio a los 8 días de la cirugía. Se recaba reporte de histopatología compatible con secuestro broncopulmonar intralobar asociado a malformación parenquimatosa quística. Durante seguimiento sin recidiva de hernia diafragmática, asintomática a un año de vigilancia por consulta externa.

DISCUSIÓN. Las malformaciones pulmonares representan del 5 al 18% de todas las malformaciones congénitas, con una incidencia de 30 a 42 casos por cada 100,000 RN, de estas, la forma más frecuente de presentación es la MCVAP con una incidencia de 1 por cada 25 a 35,000 RN, seguida de SP, con una incidencia de 0.15-1.7%. La MCVAP, especialmente cuando es tipo 2, se acompaña de otra anomalía hasta en el 60% de los casos, mientras que en el SP se reporta en el 15-40%; en la literatura se han reportado menos de 40 casos donde estas lesiones coexisten en una lesión híbrida, mientras que como lesión híbrida completa solo se encontró reporte de 3 casos.

El abordaje diagnóstico con tomografía contrastada evidenció la complejidad del caso, decidiendo dar manejo por mínima invasión, que nos permitió realizar la lobectomía inferior y tratar la hernia diafragmática en un mismo tiempo quirúrgico, sin presencia de complicaciones, salvo la decisión de completar la disección del hilio pulmonar de forma videoasistida por los componentes de aspecto sólido de la lesión que dificultaron el acceso al bronquio y arteria, y además, permitir la extracción de la pieza quirúrgica. El momento ideal para la cirugía es controversial en lesiones asintomáticas, ya que a pesar de contar con diagnóstico prenatal y la baja probabilidad de presentar regresión espontánea por las características de la lesión, se ha visto que realizar una cirugía programada y diferida, tiene mejor pronóstico postoperatorio con una pronta recuperación y mejor tolerancia al retiro de la ventilación, con menor tasa de complicaciones.

TUMOR CARCIONIDE ATÍPICO CENTRAL DE BRONQUIO PRIMARIO DERECHO, USO DE BRONCOSCOPIA TRANSOPERATORIA PARA DELIMITAR RESECCIÓN QUIRÚRGICA INFORME DE CASO

Autor: Juan Ramón Cosío Cerón
Coautores: Juan Domingo Porras Hernández
Ponente: Juan Ramón Cosío Cerón
Institución: Hospital Para El Niño Poblano.

CASO CLINICO (1 PACIENTE): A continuación se presenta el caso de una paciente femenina de 16 años de edad. Diagnóstico de tumor carcinoide atípico. Con la propuesta de realizar un abordaje con broncoscopia transquirúrgica para marcar mediante transiluminación el sitio quirúrgico de resección. Antecedente de neumonías múltiples, fiebre y dolor torácico derecho, dificultad respiratoria, tos seca que evoluciona a productiva, hemoptisis intermitente, pérdida de peso de 8 kilos en 2 meses. Clínicamente, disminución de la movilidad torácica, hipoventilación basal derecha, crepitantes gruesos, ausencia de murmullo vesicular, aumento de la transmisión de la voz, matidez a la percusión. Diagnósticos diferenciales, neumonía complicada, parálisis diafragmática. Tomografía de tórax, hipoplasia pulmonar, obstrucción intrabronquial con imagen redondeada circunscrita de 26mm que desplaza el mediastino.

Estudios de control posterior a múltiples tratamientos, sin mejoría de la lesión. Se realiza nasolaringotraqueobroncoscopia observando a la entrada de bronquio principal derecho tumor redondeado de 4.5 cm de diámetro. Obstruye el 95% de la luz. Toma de 5 biopsias que se reportan sin presencia de células neoplásicas. Resultado no concluyente. Se realiza toracotomía posterolateral derecha, se identifica bronquio principal derecho, Broncoscopia transquirúrgica, se identifica la altura de la tumoración bronquial.

Marcamos el sitio transiluminado. Broncotomía superior, realizando resección intraluminal de la tumoración de 6x4cm, fibrosa que ocluye por completo la luz bronquial. Se verifica la permeabilidad del bronquio con adecuado paso de aire.

Reparación de broncotomía con puntos simples de prolene 4-0. Reporte anatómopatológico de tumor carcinoide atípico (Tumor Neuroendocrino grado 2) riesgo de recidiva y metástasis. Seguimiento durante

6 meses con citas por consulta externa. Estudios de imagen donde se observa la integridad pulmonar. Sin repercusión clínica hasta el momento, posterior al tratamiento quirúrgico.

DISCUSIÓN: De acuerdo a la literatura se comprueba que el tumor carcinoide atípico pertenece a las neoplasias pulmonares primarias de baja frecuencia de presentación. Se reporta un solo caso. Presentación de aproximadamente 2%.

Comprobamos el cuadro clínico con neumonías de repetición. El 75% son visibles mediante broncoscopia. Se encuentra sin compromiso ganglionar ni metástasis. El tratamiento es quirúrgico. Se puede realizar mediante broncoscopia o toracotomía realizando la resección del segmento o lobulo pulmonar afectado.

En comparación con grandes series estudiadas de tumor carcinoide atípico en nuestro caso se logra conservar el 100% de parénquima pulmonar utilizando la broncoscopia transquirúrgica, dando un excelente resultado en la evolución posterior del paciente, que hasta el momento se encuentra sin recidiva sin metástasis y una evolución clínica satisfactoria.

MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE LA VÍA AÉREA TIPO IV Y BLASTOMA PLEUROPULMONAR TIPO I.

¿BENIGNO, MALIGNO O EXPRESIÓN PATOLÓGICA DE UNA MISMA ENTIDAD?

Autor: Rogelio Sancho Hernández
Coautores: Victoria Damián Cuellar, Lizbeth Solorio Rodríguez,
 Anne A. Duran Colin, Donaji Rodríguez Ortiz
Ponente: Victoria Damián Cuellar
Institución: Instituto Nacional De Pediatría.

OBJETIVO: Enfatizar la importancia del diagnóstico y tratamiento quirúrgicos integrales con evaluación patológica de las MCAP de apariencia quística benigna y su potencial riesgo en degeneración maligna.

Masculino de 28 SDG con presencia de masa pulmonar fetal mixta en la ultrasonografía prenatal, quien debuta a los 7 meses con dificultad respiratoria presentando mejoría parcial con terapia antiinflamatoria inhalada y antibiótico, en la radiografía presenta neumotórax izquierdo. Se coloca sonda pleural, persistiendo con sintomatología, se realiza tomografía donde se observa aparente neumotorax septado con colapso pulmonar total y presencia de lesiones quísticas parenquimatosas adyacentes sugerentes de MCAP izquierda por lo que es referido a nuestro hospital para resección pulmonar.

Se realiza toracotomía posterolateral izquierda, donde se observa una lesión quístico-bullosa de 10 cms de diámetro, periférica, adherida a la superficie visceral de la pleura en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo, recibiendo aporte vascular de los vasos subclavios, con contenido en su interior de líquido serohemático. Se envía a patología, donde la describe: lesión quística, rugosa, café oscura, blanda, con cavidad multiseptada y microscópicamente con paredes de espesor variable recubierto por epitelio cuboidal abundante, no se observa epitelio columnar ciliado ni mucoproducción, y en los septos hay células pequeñas alargadas en un estroma laxo mixoide. De acuerdo con los hallazgos resulta complicado diferenciar entre MACP tipo IV con el BPP tipo 1 quístico ya que los criterios histológicos pueden ser indistintos en ambas, por lo que se decide realizar lobectomía inferior y resección de ganglios mediastinales y bronquiales adyacentes.

Estudio histopatológico reportando: lóbulo pulmonar inferior izquierdo y ganglios con reacción granulomatosa, negativo a células neoplásicas y evaluación genética positivo para mutación DICER 1 con alto riesgo para degeneración en BPP quístico I; a 3 años de seguimiento paciente con evolución clínica favorable y tomografía de control sin lesiones,

ni recurrencia ni recaídas y con adecuada expansión y crecimiento pulmonar residual.

Las malformaciones congénitas de la vía aérea, clasificadas por Stocker según la arquitectura patológica involucrada. Son trastornos del desarrollo embrionario, que afecta los bronquiolos y a los espacios terminales de modo que no se forman alvéolos. La MCAP tipo IV es considerada una lesión unilateral y multiquística con un origen acinar distal con grandes quistes periféricos como en el presente caso y corresponde a un 10% de las MCAP. Menos frecuente aún, el BPP es el tumor maligno embriológico más común en la edad pediátrica y se clasifica en 3 tipos. El tipo I se desarrolla en menores de 3 años y se compone de quistes y septos, muestran células mesenquimales inmaduras primitivas debajo del epitelio respiratorio. Ambas entidades son difíciles de diferenciar clínica, radiológica e incluso histológicamente.

Expertos han apoyado una teoría embrionaria donde podría considerarse que BPP tipo I tendría su origen y potencial degeneración en una MCAP IV no resecada. En este caso nos apoyamos en la recomendación de Feinberg et al quien propone un algoritmo para distinguir entre ambas apoyando el diagnóstico de BPP: en la presencia de diagnóstico prenatal, síntomas (neumotorax), involucro multifocal pulmonar, quiste complejo y la mutación del DICER 1. Este algoritmo distingue las dos entidades en un 97% de los casos, alrededor del 85% de los niños con BPP tienen una mutación germinal heterocigota en el gen DICER1 que codifica una proteína de la familia de la ribonucleasa, por ello como un biomarcador genético confiable optamos con la resección pulmonar y ganglionar radicales como tratamiento integral de estas MCAP de alto riesgo.

ADENOMA PLEOMORFICO DE PALADAR. REPORTE DE UN CASO.

Autor: Rafael Valdez Borroel
Coautores: Eduardo Vásquez Gutiérrez, Teofilo De La Garza Hernández, Ibraim Soto García
Ponente: Rafael Valdez Borroel
Institución: Hospital y Clínica Oca De Monterrey

CASO CLÍNICO: El objetivo es comunicar un caso de tumor benigno de glándula salival del paladar en la edad pediátrica por su baja frecuencia de presentación y su retraso en el diagnóstico. Femenina de 14 años de edad que inicia en agosto de 2022 al notar la presencia de una tumoración en el paladar por lo que acude con dentista quien recomienda una biopsia.

Por este motivo llega con nosotros y la encontramos con un aumento de volumen de 3 x 3 cm en el paladar duro izquierdo, semiduro, no desplazable, no dolorosa que va desde el premolar hasta detrás del Segundo molar superior izquierdo invadiendo la línea media. Se le realiza TAC encontrando una lesión sólida que ha destruido parte del maxilar superior y que solo deja una lámina de 1 mm como separación con la cavidad nasal.

Se realiza biopsia que revela un adenoma pleomórfico de paladar. En un segundo tiempo a las 3 semanas se reseca el tumor totalmente con bordes libres de lesión quedando el paladar duro izquierdo totalmente denudado. Se toma colgajo con la bola de Bichat de la mejilla izquierda, pasando un puente por un espacio natural del primer molar que había mudado y se cubre con rotación de colgajo de la mucosa del paladar derecho.

La paciente pasa a terapia intensiva y se mantiene intubada por 3 días y con nutrición parenteral total. Posteriormente se inicia vía oral con líquidos claros y gelatinas y a los 10 días se inicia con alimentos licuados para ser egresada a su domicilio con esa dieta. Dos semanas después se interviene nuevamente para cortar el Puente de bola de Bichat y retirar los puntos de sutura encontrando una epitelización total del paladar. Se egresa al día siguiente con dieta normal. Actualmente reintegrada a sus actividades normales.

DISCUSIÓN: Los tumores de las glándulas salivales en los niños son frecuentes y la glándula más afectada es la parótida. Sin embargo, existen tumores que aparecen en otras glándulas como las submaxilares y sublinguales.

Las glándulas menores como las palatinas, de los labios o las mejillas también pueden afectarse por lesiones tumorales benignas y el más frecuente es el adenoma pleomórfico (1,2,3,5) El sexo femenino es el más afectado en una proporción de 3:1 con respecto al masculino. (1)

Ocupan el 8% de las neoplasias de cabeza en la infancia y el 10% de localización en el paladar (2). El adenoma pleomórfico consiste en una proliferación de células mioepiteliales con amplio componente de tejido epitelial y mesenquimal rodeado por una capsula fibrosa (3).

Cuando las lesiones son detectadas de manera oportuna pueden ser muy pequeñas y su resección es sencilla, sin embargo, cuando no se han diagnosticado a tiempo pueden crecer afectando una buena extensión del paladar y eso requerir de resecciones amplias con rotación de colgajo de paladar como en nuestro caso e incluso maxilectomía.

RABDOMIOSARCOMA DE LA VIA BILIAR EXTRAHEPÁTICA, REPORTE DE UN CASO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

Autor: Gerardo Gutiérrez Navar
Coautores: Jorge Cortes Sauza
Ponente: Gerardo Gutiérrez Navar
Institución: Hospital Infantil De México “Federico Gómez”.

CASO CLÍNICO: Se trata de un paciente femenino de 5 años de edad la cual curso con ictericia de 1 año de evolución, acompañado de coluria, prurito, pérdida de peso y ataque al estado general. A su exploración física se encuentra con hepatomegalia e ictericia generalizada.

Se realiza USG abdominal con reporte de dilatación de la vía biliar extrahepática secundaria a una masa solida irregular por lo que se realiza TAC encontrándose dilatación de la vía biliar extrahepática, acompañada de hidrocolecistitis y la presencia de una tumoración solida localizada a nivel de la arcada duodenal por encima de la cabeza del páncreas de 48 mm.

Se realiza biopsia a cielo abierto de la tumoración así como derivación de la vía biliar por medio de una colecistectomía con reporte de patología rhabdomyosarcoma embrionario de la vía biliar extrahepática metastásico (T2B N1, M1, grupo clínico IV de alto riesgo metastásico, estadio 4). Se inicia quimioterapia (5 ciclos con Vincristina, Actinomicina D, Ciclofosfamida, MESNA) y radioterapia 20 sesiones a sitio metastásicos y de tumor.

Programándose para procedimiento quirúrgico pancreatoduodenectomía de Whipple con resección completa del tumor y evolución adecuada de la paciente egresada a los 8 días de su procedimiento.

Actualmente, sin datos de progresión de la enfermedad en control tomográfico posterior a la cirugía y continuando manejo por oncología médica, en su 7° ciclo de quimioterapia.

OBJETIVO: Considerar el rhabdomyosarcoma de la vía biliar extra hepática un diagnóstico diferencial de prioridad diagnóstica en pacientes con ictericia intermitente y de larga evolución.

DISCUSIÓN: El rhabdomyosarcoma es un tumor maligno de origen mesenquimático que se presenta con más frecuencia en los niños y adolescentes.

El rhabdomyosarcoma con localización en la vía biliar corresponde al 0,8% del total de rhabdomyosarcomas diagnosticados.¹ A pesar de ser muy raro, es importante destacar que es la neoplasia maligna más frecuente en pediatría con origen en la vía biliar.

La manifestación clínica habitual es la ictericia, que está presente en 60% a 80% de los pacientes.² El diagnóstico diferencial más habitual es el quiste del colédoco, el cual es mucho más frecuente que el rhabdomyosarcoma de la vía biliar.¹⁻³ La ecografía y la TC de abdomen pueden mostrar obstrucción con dilatación de la vía biliar causada por un tumor sólido que protruye hacia el tracto biliar.⁴

El diagnóstico definitivo debe ser realizado con biopsia de la lesión ya sea dirigido con laparoscopia, ultrasonido o biopsia a cielo abierto.

El manejo quirúrgico definitivo deberá ser considerado posterior a la quimioterapia, aunque hay controversia del manejo definitivo para este tipo de lesiones, la resección completa sería el más óptimo para el control de la enfermedad por lo que en nuestro caso posterior a quimioterapia decidimos realizar resección completa por medio de pancreatoduodenectomía de Whipple: lográndose la resección total de la lesión sin complicaciones.

Por lo que consideramos que el procedimiento de Whipple es un procedimiento seguro y eficaz, cuando se tiene experiencia en el mismo Para el control total de la lesión en pacientes con rhabdomyosarcoma de la vía biliar extra hepática.

NEUROBLASTOMA CERVICOTORÁCICO EN UN TIEMPO QUIRÚRGICO.

Autor: Héctor Manuel Ibarvo Gracia

Coautores: Valeria Cano Guzmán, Claudia Selene Portillo Zavala,

Juan Pablo Gutiérrez Rentería, Nancy Rocío De La O Contreras

Ponente: Valeria Cano Guzmán

Institución: Hospital General Regional 1 Chihuahua, Chihuahua IMSS.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 1 año, 10 meses de edad. Antecedentes de importancia: madre de 44 años con diagnóstico de hipotiroidismo e hipertensión arterial sistémica.

Inicia su padecimiento 4 meses previos a su ingreso con aumento del volumen en cuello en región central, sin cambios de color, no doloroso, sin dificultad para pasar alimento, niega sudoración nocturna ni fiebre. Se realizan TAC de cuello contrastada encontrando una lesión de aspecto sólido, isodensos a tejidos blandos, morfología irregular, región lateral del cuello con extensión a mediastino, con desplazamiento anterior, de las estructuras vasculares y contralateral de la vía oral, no muestra reforzamiento, medidas de: 3.3x5.6x8.6 cms con un volumen de 82 cc. Sin pérdida de la interfase en tiroides, ECM, y glándulas salivales. La RM de cuello con contraste refiere proceso ocupativo paravertebral derecho de 1.3 x 1.1 x 0.8 cm, de naturaleza sólida, intensidad homogénea, a nivel de T2-T3, manifestando un realce homogéneo. Por lo que se decide resección total del tumor abordando por una insinción transversa supraclavicular y cervical lateral. Se encuentra con un neuroblastoma poco diferenciado con presencia de rosetas de Homer Wright, se estadifica en 2A.

Buena evolución postoperatoria con ayuno y tolerando vía oral a los 3 días del evento postquirúrgico, con parálisis palpebral derecha que mejora a los 2 meses postquirúrgicos, sin trauma vascular, esofágico ni mediastinal. Se realizó Gammagrama con metaloido con reporte negativo y el n-myc con residual microscópico. Se continúa con seguimiento con quimioterapia actualmente 2do ciclo de 4 y vigilancia, observando buena evolución.

DISCUSIÓN. El neuroblastoma es uno de los tumores sólidos extracraneales más comunes en la edad pediátrica, es una neoplasia maligna originada de las células de

la cresta neural que dan origen a la médula suprarrenal y a los ganglios simpáticos. La ubicación cervicotorácica corresponde a un 3% del total de los neuroblastomas y puede tener distintas manifestaciones clínicas, tales como masa cervical, disnea, estridor, síndrome de Horner o disfgaia.

El diagnóstico se realiza con una variedad de estudios paraclínicos, tales como determinaciones séricas y urinarias de catecolaminas, evaluaciones genéticas e histológicas del tejido tumoral, además de estudios de imagen, como la tomografía computada (TC), la cual muestra calcificación en aproximadamente 80% de los casos. La intervención quirúrgica constituye un método diagnóstico y terapéutico efectivo, y aunque constituye un gran desafío su resección, sirve para estadificación y control de la enfermedad.

Los factores que influyen en la resección del neuroblastoma incluyen: el grado de fijación a órganos vitales adyacentes, vasos sanguíneos, ganglios linfáticos involucrados, el volumen de sangre perdida y la duración del procedimiento.

Un neuroblastoma puede ser fatal, pero un diagnóstico oportuno y tratamiento definitivo en un solo tiempo quirúrgico demostró ser seguro y efectivo. Por la poca frecuencia de este padecimiento existen limitaciones en las publicaciones encontradas, se reporta este caso para aportar información en las manifestaciones clínicas y resultados postoperatorios.

FACTORES DE RIESGO PARA PERSISTENCIA DE FÍSTULA GASTRO CUTÁNEA TRAS EXTRACCIÓN DE SONDAS DE GASTROSTOMÍA EN NIÑOS.

Autor: Weimar Cesar Maldonado Arce
Coautores: Agustín Franco Rodríguez, Héctor Pérez Lorenzana, Laura Cecilia Cisneros Gasca, José Ivanohe Minor Sánchez
Ponente: Agustín Franco Rodríguez
Institución: UMAE Hospital General Del Centro Médico Nacional "La Raza".

INTRODUCCIÓN: Las sondas de gastrostomía (SGT) son complemento común para establecer un acceso enteral, cuando ya no se requiere, se extrae, y el ostoma y la piel se cierra en horas o días. Si no existe un cierre, se instaura una fístula gastrocutánea persistente (FGP) la cual requerirá manejo quirúrgico. El objetivo del estudio es identificar factores de riesgo para una FGP después de la extracción de SGT en niños.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron factores que podrían influir en FGP: edad al procedimiento, género, morbilidad, método de inserción, tiempo de uso, material de sutura, tipo de sonda, complicaciones. Este es un estudio retrospectivo de 3 años con una población de 62 pacientes. Se dividió en dos grupos: A) cierre espontáneo o B) persistencia de la fístula. Se realiza análisis estadístico mediante prueba estadística Shapiro Wilk determinando que el comportamiento de la medición es no paramétrica, se analizan los grupos mediante Chi cuadrada ($P < 0.05$) y medidas de tendencia central.

RESULTADOS: Grupo A) 74.6%(46), grupo B) 25.3%(16) con un seguimiento de 6-8 meses. Del grupo B: la edad al momento del procedimiento fue 88% en menores de 12 meses. El 81.25% tenía como comorbilidad ERGE/alteración en la mecánica de la deglución, por lo que la indicación de la SGT fue para alimentación en el 98%. El procedimiento de SGT en grupo A fue mayormente laparoscópico, en grupo B fue de forma abierta 62.5%, laparoscópica en el 31.25%, en estos se usó prolene 2-0 en el 93.6%, seda 2-0 en el 6.3%. El 43.75% usó sonda de botón Mic-key. Se reportó 50% dermatitis periestomal y 25% de abocardamiento. Se tuvo un promedio de uso de sonda de 47.3 meses. Previo a retiro de SGT se realizó: estudio contrastado (mecánica de la deglución) /vaciamiento gástrico para considerar su retiro. Todas se retiraron por tracción. Se dio seguimiento de 6-8 meses para valorar el cierre espontáneo junto con manejo médico con omeprazol; tras decidir el cierre

quirúrgico se abordó de forma laparoscópica en el 68.75% y 31.25% de forma abierta. La mediana de edad de la población total al momento de la inserción fue de 42 meses, y la mediana del total de duración fue de 19.5 meses. El análisis que se realizó para los factores de riesgo significativo y de relevancia por P significativa fue: en el grupo de pacientes menores a 24 meses al momento de inserción fue $P < 0.001$, los pacientes con un total de uso mayor a 18 meses una $P < 0.038$, sonda Mickey $P < 0.019$, progresión de sonda en calibre $P < 0.015$, dermatitis periestomal/abocardamiento $P < 0.001$, morbilidades $P < 0.015$. Para el grupo A se encontraron como factores en común: abordaje laparoscópico y en su mayoría de forma percutánea (73.9%), con uso de sutura no absorbible $> 73\%$, el 73.9% tenía más de 24 meses de edad al procedimiento, uso de sonda en promedio de 18 meses, 19% tuvieron únicamente como complicación dermatitis periestomal. **DISCUSIÓN:** la incidencia de FGP en nuestro grupo fue de 25.3 vs el 16-45% según lo reportado en la bibliografía, documentando mayor prevalencia cuando más joven se coloca la SGT ($< 2a$), lo que significa mayor uso de SGT, explicada por la epitelización completa de la fístula al momento del retiro, el cual tuvo un tiempo de uso de sonda de más de 24 meses con relevancia significativa, motivo por el cual se debe retirar la SGT lo más pronto cuando no se requiera. Así mismo, significa mayor tiempo de complicaciones asociadas a mal manejo de SGT como dermatitis periestomal y abocardamiento.

CONCLUSIÓN: Se identificaron como factores de riesgo para FGP: edad del procedimiento < 24 meses, cambio a sonda de botón/Mic-key, progresión de calibre de sonda, dermatitis periestomal/abocardamiento, duración de SGT mayor a 24 meses; factores potencialmente reversibles y prevenibles con la capacitación en el manejo adecuado de una SGT. Y como menor riesgo de FGP en abordajes laparoscópicos percutáneos y uso de material no absorbible.

TUMOR OVÁRICO EXCEPCIONALMENTE RARO EN PEDIATRÍA: CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS DE TIPO HIPERCALCÉMICO.

Autor: Victoria De Las Mercedes Damián Cuellar
Coautores: Viviana Barragán Arevalo, Alma Edith Huerta Vargas, Rodrigo Díaz Machorro, Daniel Hernández Arrazola
Ponente: Victoria De Las Mercedes Damián Cuellar
Institución: Instituto Nacional De Pediatría.

Paciente de 9 años, previamente sana con cuadro de 13 días de dolor abdominal difuso, asociado a vómito y sensación de masa a nivel de hipogastrio. A la exploración física, masa en hemiabdomen inferior derecho, móvil de aproximadamente 15 x15 cm, de consistencia sólida, en ultrasonido masa ovárica, ovalada, de componente ecogénico mixto. AFP negativa, DHL ligeramente elevada (550) fracción B de HCG negativa.

En la TAC se observa una masa pélvica amorfa, de 13.8 x 7.0 x 11.7 cm con un volumen calculado de 587cc. Su composición es mixta pero predominantemente quística y con septos gruesos. Se realiza laparotomía con hallazgo de un tumor ovárico izquierdo de aproximadamente 10x12 cm, multilobulado de apariencia amarillenta, con dilatación e ingurgitación de vasos ováricos, con epiplón mayor adherido al tumor, el ovario contralateral macroscópicamente sano, sin evidencia de adenopatías palpables a nivel iliaco ni paraaortico, y en la exploración de la cavidad abdominal no se evidencian otras lesiones. Se realiza salpingooforectomía izquierda, biopsia de epiplón mayor, toma de muestra de líquido peritoneal.

El reporte histopatológico muestra un carcinoma de células pequeñas tipo hipercalcémico, con epiplón y líquido peritoneal negativo para neoplasia. Se tomaron niveles séricos de calcio los cuales estaban normales. Se realizó PET scan al mes posoperatorio donde se documenta carcinomatosis peritoneal con múltiples implantes nodulares y engrosamiento irregular de peritoneo (SUVmáx de 4.5), e implante peritoneal perihéptico adyacente a los segmentos VI y VII (SUVmáx de 2.9), se decide manejo con quimioterapia adyuvante, y posterior control de imágenes para evaluar respuesta a tratamiento y definir si es necesario procedimientos quirúrgicos adicionales.

DISCUSIÓN: El carcinoma de células pequeñas de ovario tipo hipercalcémico (SCCOHT) es una neoplasia maligna muy rara y agresiva. Se han reportado muy pocos casos en la literatura, afecta principalmente a mujeres menores de 40 años y generalmente presentan síntomas en relación a una masa pélvica; los patólogos tienen dificultad para el diagnóstico debido a su superposición morfológica e inmunohistoquímica.

El manejo clínico de SCCOHT ha variado ampliamente y dada la falta de estudios prospectivos, las recomendaciones de tratamiento se basan en pequeñas series de casos, por lo que las estrategias de manejo aún son heterogéneas. A pesar de la ausencia de datos, los principios generales de la cirugía citoreductora primaria para el cáncer de ovario epitelial se aplican a pacientes con SCCOHT con el objetivo de una resección quirúrgica completa sin dejar enfermedad visible.

Es esencial un enfoque multimodal que incluya cirugía radical, quimioterapia, radioterapia. El SCCOHT se considera una enfermedad sistémica en la que se presume la presencia de micro metástasis regionales o distantes incluso cuando la enfermedad extra ovárica no es evidente radiológicamente o intraoperatoriamente. Por lo que independientemente de la extensión de la enfermedad, todos los pacientes deben recibir quimioterapia, sin embargo este tumor se asocia a un mal resultado, con una supervivencia de 30%, incluso después del diagnóstico temprano con progresión de la enfermedad de manera rápida.

Se informa este caso para dar a conocer este tipo de tumores que aunque son raros en pediatría si se pueden presentar, por lo que recomendamos en caso de tumores ováricos en la población pediátrica hacer siempre cirugía de precisión, para una adecuada estadificación y tratamiento

QUISTE HEPÁTICO SIMPLE RECIDIVANTE EN PEDIATRÍA, OPCIONES TERAPÉUTICAS: REPORTE DE CASO.

Autor: Alfredo Cornejo Manzano
Coautores: Efrén Delgado Mendoza, Héctor Pérez Lorenzana,
 Daniel Flores Sorcia, Agustín Franco Rodríguez
Ponente: Efrén Delgado Mendoza
Institución: UMAE Hospital General Del Centro Médico Nacional "La Raza".

OBJETIVO. Describir una entidad hepática benigna muy rara en niños, así como las opciones terapéuticas quirúrgicas y no quirúrgicas para el manejo del quiste hepático simple recidivante.

CASO CLÍNICO. Lactante femenino de 2 años 6 meses de edad sin antecedentes perinatales de importancia. Inicia su padecimiento a los 2 años de edad con presencia de aumento de volumen en epigastrio, saciedad temprana y pérdida de peso, presentando intolerancia a la vía oral motivo por el cual acude a valoración.

Presenta a la exploración física aumento de volumen en epigastrio dependiente de lesión redonda de 10cm de diámetro no móvil sin dolor a la exploración, paraclínicos normales.

En el abordaje diagnóstico se realiza radiografía de abdomen con presencia de imagen radiopaca redonda que ocupa el abdomen superior con desplazamiento de las asas intestinales a porción caudal, ultrasonido de abdomen con lesión quística anecoica dependiente de hígado corroborada por tomografía de abdomen con lesión redonda quística dependiente del lóbulo izquierdo del hígado, medidas de 109x96x112mm, volumen de 630ml que no refuerza al medio de contraste y resonancia magnética en T2 con imagen ovoides hiperintensa sin datos de dilatación intra ni extrahepática.

Se realiza laparoscopia diagnóstica con presencia de lesión redonda dependiente de lóbulo hepático izquierdo realizando punción, drenaje y marsupialización del quiste con bisturí armónico.

Se mantiene hospitalizada por 2 semanas con adecuada evolución clínica con egreso a domicilio tolerando la vía oral sin complicaciones. Posteriormente reingresa a los 2 meses con recidiva del quiste hepático confirmado por estudios de imagen con medidas de 92x79x100mm y volumen de 480ml.

Se decide el drenaje percutáneo guiado por ultrasonido con colocación de catéter multi-

propósito 8.5FR para escleroterapia con etanol por 3 semanas cursando con infección del mismo por E. coli resolviéndose con manejo antibiótico y drenaje de absceso a través del mismo catéter con retiro posterior y evolución clínica con excelentes resultados al seguimiento.

DISCUSIÓN. El quiste hepático simple es una lesión congénita benigna con predominio en mujeres jóvenes mayores a 20 años con una incidencia de 17 en 10,000 personas, muy rara en niños. Se forma a partir de conductos biliares aberrantes y aislados que no se conectan al sistema biliar. Solo el 5%-16% de los quistes hepáticos simples se vuelven sintomáticos debido a efectos de volumen presentando de manera secundaria náuseas, vómitos, distensión abdominal y saciedad temprana, sin alteraciones en pruebas de funcionamiento hepático.

El diagnóstico se realiza por ecografía abdominal como estudio de elección, sin embargo, la tomografía y la resonancia magnética de abdomen son de utilidad para determinar su relación anatómica con estructuras adyacentes y decidir la opción terapéutica más adecuada. Los procedimientos para el manejo del quiste hepático simple se dividen en quirúrgicos y no quirúrgicos; dentro de los quirúrgicos destacan la fenestración, enucleación y marsupialización del quiste; además de la resección hepática como lo recomienda el Colegio Americano de Gastroenterología, aunque se han reportado con mayor tasa de recidiva hasta del 12%; para lo cual se describen opciones terapéuticas no quirúrgicas como aspiración percutánea guiada por ultrasonido asociada a escleroterapia con etanol con menores tasas de recurrencia.

En nuestro caso consideramos por la localización anatómica del quiste hepático como primera opción la marsupialización laparoscópica la cual se realizó sin complicaciones confirmando el diagnóstico por histopatología; y aunque tuvimos recidiva del quiste hepático simple se optó por realizar la escleroterapia con etanol con un resultado satisfactorio.

HAMARTOMA DEL COLÉDOCO COMO CAUSA DE ESTENOSIS DE LA VÍA BILIAR NO DESCRITA EN PEDIATRÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Autor: Alfredo Cornejo Manzano
Coautores: Héctor Pérez Lorenzana, Mayid Zurely Fuentes Ortega, Agustín Maycotte Armenta, Elsa Acosta Jiménez
Ponente: Agustín Maycotte Armenta
Institución: UMAE Hospital General Del Centro Médico Nacional "La Raza".

CASO CLÍNICO: La dilatación adquirida del conducto colédoco en pediatría generalmente se asocia a enfermedad litiasica de la vía biliar, existiendo otras causas como son la dilatación idiopática, la obstrucción por parásitos, neoplasias, entre otras (1,4). El objetivo del presente trabajo es mostrar un caso no descrito en pediatría de dilatación de la vía biliar secundaria a estenosis del colédoco por lesión hamartomatosa y su resolución quirúrgica.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente masculino de 2 años de edad de 13 kg de peso, sin antecedentes de importancia, previamente sano. Inicia 5 meses previos a su envío con ictericia y coluria, tratado como hepatitis viral, la cual fue descartada por serología.

Evolucionó con incremento del patrón colestásico en los siguientes 3 meses, con bilirrubina total de 14mg/dL a expensas de la bilirrubina directa de 13mg/dL; por lo que ameritó hospitalización en otra unidad donde se documenta hepato-esplenomegalia con datos sugestivos de hipertensión portal.

Enviado 2 meses después a gastroenterología pediátrica de nuestra unidad para manejo especializado; se completó protocolo de estudio, demostrando por medio de ultrasonido Doppler hepático y tomografía abdominal dilatación de la vía biliar intra y extrahepática e hidrocolecisto con datos de hipertensión portal, sugerentes de malformación quística fusiforme de la vía biliar, descartada por colangiografía donde se observó la dilatación secundaria a obstrucción del colédoco distal.

Se realizó posteriormente laparoscopia diagnóstica corroborando la dilatación de la vía biliar, con hígado de aspecto cirrótico y ascitis; presentando descompensación y sangrado transoperatorio de 300ml, por lo que se decidió hacer solo una derivación temporal de la vía biliar a través de colecistostomía videoasistida y toma de biopsia hepática la cual reportó fibrosis estadio IV/IV, hepatitis crónica colestásica y obstrucción parcial al flujo biliar.

Evolucionó con remisión de la ictericia y mejoría del patrón colestásico. Al mejorar las condiciones clínicas, se realizó colangiografía por colecistostomía confirmando la ausencia del paso del medio de contraste hacia el duodeno.

Se programó 8 días después para su tratamiento definitivo con cirugía abierta, localizando una estenosis severa del colédoco distal de 1 cm con paredes engrosadas y calcificaciones, se reseca segmento afectado y una vez corroborando la permeabilidad del conducto hepático común, se realizó la derivación biliodigestiva tipo hepático-duodeno anastomosis y colecistectomía.

Su evolución postquirúrgica fue satisfactoria, tolerando vía oral con evacuaciones normales, disminución de bilirrubinas y control de la hipertensión portal, egresando dos semanas posteriores. El reporte histopatológico del segmento de colédoco resecado fue lesión hamartomatosa de la vía biliar. Actualmente en seguimiento por consulta externa con remisión del patrón obstructivo biliar.

DISCUSIÓN: El hamartoma de vías biliares es una condición benigna rara en adultos que consiste en deformación de los conductos biliares, formando estructuras quísticas de tamaño variable, la mayoría se diagnostica de manera incidental (2,5). Esta condición no está descrita en pediatría. En nuestro caso se trata de un lactante con dilatación de la vía biliar extrahepática de etiología desconocida; el abordaje diagnóstico fue para descartar la causa, llegando a la conclusión de una estenosis grave del colédoco con hepatitis crónica colestásica y fibrosis secundaria.

El tratamiento inicial recomendado es la dilatación endoscópica de la vía biliar, sin embargo la limitante fue la edad y el peso del paciente (3). Como alternativa realizamos una derivación temporal a través de una colecistostomía; una vez controlado el proceso inflamatorio local, la colangitis, y la hipertensión portal, se realizó el tratamiento definitivo con la derivación biliodigestiva tipo hepático-duodeno anastomosis con resultados favorables, sin embargo el pronóstico es incierto por el daño hepático presente al momento del diagnóstico.

HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS EN NIÑOS CON MIGRACIÓN TRANSTORÁCICA DE LA FUNDUPLICATURA.

Autor: Carlos García Hernández
Coautores: Lourdes Cervajal Figueroa, Christian Archivaldo García, Ramiro Adebél Martínez Flores, Nelson Ariel Lutino Rivera
Ponente: Nelson Ariel Lutino Rivera
Institución: Hospital Star Médica HIP

INTRODUCCIÓN: La migración de la funduplicatura es una de las complicaciones más frecuentes de este procedimiento. La modificación propuesta por St Peter y cols., de mínima disección redujo esta complicación, pero aún la frecuencia es hasta de un 12% en el seguimiento tardío. El objetivo es, describir los hallazgos transoperatorios en pacientes con migración transtorácica del Nissen, que requirieron una re-operación con el fin de conocer los factores asociados a la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal de enero del 2010 a enero del 2022. Se revisaron expedientes clínicos y videos de pacientes que presentaron migración de la funduplicatura en los últimos 12 años, que requirieron una re-operación para su corrección. Se trataron 51 pacientes, de los cuales se incluyeron 47 que contaban con expediente clínico y video de la cirugía. Analizamos: Edad de la cirugía inicial, sintomatología, tiempo de aparición de la complicación, en el transoperatorio: integridad de la plastia hiatal, sitio y contenido de la hernia, parte del estómago herniado e integridad de la funduplicatura y endoscópicamente: Sitio de la unión esófago-gástrica y motilidad del píloro.

Estadística descriptiva como medida de frecuencia relativa y central.

RESULTADOS: En un período de 12 años, se sometieron a re-operación por migración de la funduplicatura de Nissen 51 pacientes. Se incluyeron 47, el 83,33% fueron operados de forma inicial por cirugía laparoscópica y el 16,66% por cirugía abierta. El 26,19% eran pacientes con daño neurológico. La migración de la funduplicatura ocurrió en promedio a 37,61 meses. En un 88,1% presentaron síntomas por la migración de la funduplicatura. La radiografía de tórax mostró una imagen hidroaérea a la izquierda de la silueta cardíaca en el 90,47%.

Los hallazgos de la endoscopia del tracto gastrointestinal fueron desviación del cardias, hernia paraesofágica en el 90,47%, la unión esófago-gástrica por encima del pinzamiento diafragmático en el 9,5%, con motilidad pilórica conservada en todos los pacientes.

Todos fueron re-operados por vía laparoscópica, asistida por endoscopia transoperatoria encontrando migración en la porción anterior e izquierda del hiato en el 80,95%, herniación de la curvatura mayor del estómago en el 88,09% y en el 11,9% restante la porción herniada era la funduplicatura. Hubo integridad de las suturas de la plastia diafragmática en el 85,71%, 16,66% de los niños con suturas en el diafragma, y el 4,76% de los casos se encontró una mal- la reforzando el hiato.

DISCUSIÓN: La migración torácica de la funduplicatura es una complicación frecuente en pacientes operados de Nissen. La mínima disección propuesta por St Peter reduce la frecuencia de esta complicación, pero en el seguimiento tardío se presenta hasta en el 12%, por lo que es importante identificar los factores asociados a esta complicación. En este trabajo encontramos de acuerdo a los hallazgos, dos mecanismos de migración, el más frecuente la migración de localización anterior en el hiato por disección de la membrana frenoesofágica hasta en el 90% de los niños y en una proporción menor de pacientes afectados asociados a esófago corto.

CONCLUSIÓN. Para evitar esta complicación debemos preservar o reparar la membrana frenoesofágica e identificar y tratar en caso de ser necesario el esófago corto.

USO DE CAPSULA ENDOSCÓPICA COMO AUXILIAR EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA GI EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HGIO Y MGIA.

Autor: Mara Febronio Morales
Coautores: Francisco Alfonso Viveros Carreño, José Domingo Urbina Calderón, Francisco Garibay González
Ponente: Mara Febronio Morales
Institución: Hospital Central Militar Y Hospital Militar De Especialidades De La Mujer Y Neonatología

INTRODUCCIÓN: La CE se utilizó por primera vez en humanos en 1999 y en el 2004 la CE fue aprobada para su aplicación en niños de 10 años y en el 2009 en mayores de 2 años. La hemorragia gastrointestinal oculta (HGIO) se define como la hemorragia de origen desconocido que persiste o recurre en forma de sangrado visible persistente o anemia por deficiencia de hierro con prueba de sangre oculta en heces positiva, después de un escrutinio con endoscopias superior e inferior negativas. La HGIO representa aproximadamente el 5% de todo el sangrado del tracto gastrointestinal pediátrico. Las malformaciones gastrointestinales asintomáticas (MGIA) son de difícil diagnóstico (síndrome del nevé azul, vórices del delgado, duplicaciones intestinales, angioectasias, divertículo de Meckel). La CE es útil cuando la endoscopia gastrointestinal, angioTC, angiografía y la ministración de eritrocitos marcados son negativos. La retención de una CE puede ocurrir por estenosis, duplicación intestinal, pólipos grandes, tumores o estrecheces de anastomosis asintomáticas. El planteamiento del problema es conocer si la CE puede investigar la HGIO u otras MGIA, y que conlleve a tomar la decisión de resolver quirúrgicamente estas causas. El objetivo general es el de materializar el procedimiento de CE en pacientes con HGIO para buscar aquellas patologías que constituyan una indicación quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, retrospectivo, una cohorte y descriptivo, aprobado por el comité de bioética. Participaron pacientes de 2 años a 15 años, con diagnóstico de HGIO; ambos géneros; el cálculo de la muestra fue a conveniencia; hay criterios de inclusión, no inclusión y exclusión. Las variables fueron Intervención quirúrgica, reporte de CE, HGIO, MGIA, edad y género. Se utilizó CE PillCam colon2, grabador y software de lectura. El paciente es sometido a limpieza intestinal con polietilenglicol a 25 cc/kg; 17 ingestas de CE fueron orales y 1 fue por panendoscopia. El paciente permanece en ayuno 4 a 6 hrs después de la ingesta; es recolectada la CE, seguido de descarga del grabador en el software de lectura, revisión del reporte de CE; programación de procedimiento operatorio. Para el análisis estadístico se aplicó la prueba de normalidad Shapiro-Wilk,

frecuencias y porcentajes, prueba de Chi Cuadrada y prueba de McNemar; un valor de $p < 0.05$ es significativo.

RESULTADOS: 19 pacientes con antecedente de HGIO; excluida 1 niña por reporte incompleto; se revisaron 18 reportes de CE en el periodo del 2016 al 2022; 13 mujeres (72.2%) y 5 hombres (27.8%), con edad $9.11 + 4.18$ años y mediana de 10 años. Las edades afectadas son a los 6 años (16.7%) y de 12 a 13 años (33.4%). Los diagnósticos de CE reportados son la hiperplasia nodular linfoide del íleon (33.3%), ectasias vasculares del yeyuno e íleon (22.2%), malformación AV íleon terminal (5.6%), hemorragia laminar activa del íleon proximal (11.1%), masa submucosa del íleon terminal (5.6%) y el 22.2% restante con otros hallazgos. El diagnóstico clínico de HGIO ocurrió en el 55.6% y de la HGIO del intestino medio en el 44.4%. La indicación quirúrgica fue del 27.8%, por encontrar 1 duplicación de íleon terminal, 1 divertículo de Meckel, 1 malformación AV de íleon terminal, 1 ectasia vascular del íleon y 1 masa submucosa ileal. Los procedimientos quirúrgicos fueron resección de malformación AV del íleon, resección de divertículo de Meckel, resección de duplicación intestinal, escleroterapia de ectasia vascular ileal y una laparoscopia diagnóstica. La asociación entre el diagnóstico por CE y la indicación de procedimiento quirúrgico es diferente, con un p valor=0.03 (unilateral), con una fortaleza moderada (62.9%).

DISCUSIÓN: Argüelles-Arias (2015), ratifican que las lesiones vasculares son las patologías notificadas con mayor frecuencia (33.96%), y en esta investigación son del 38.9%. Wu y Huang (2020), concluyen que la CE es capaz de detectar patología quirúrgica gastrointestinal (75%), en este estudio existe una asociación entre los hallazgos por CE y la indicación de una intervención quirúrgica en el 28.7% de los casos.

CONCLUSIONES. 1.-Existe una asociación de dependencia estadísticamente significativa con una fortaleza moderada entre el diagnóstico por capsula endoscópica y la indicación de procedimiento quirúrgico en pacientes pediátricos con HGIO y MGIA.

EXPERIENCIA EN CIRUGIA PUERTO UNICO EN APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA, APLICADA EN 3 CENTROS HOSPITALARIOS DE ALTA ESPECIALIDAD

Autor: Roger Eduardo López Cruz
Coautores: Agustín Franco Rodríguez, Raul Gardida Chavarria, Arianna Parra Ibarra, María Camila Gómez Pinilla
Ponente: Agustín Franco Rodríguez,
Institución: UMAE Hospital General Del Centro Médico Nacional “La Raza”.

INTRODUCCIÓN: La cirugía mínimamente invasiva en la actualidad es primera opción en Apendicectomía, el puerto único es una opción que disminuye más la lesión de tejidos y con notable resultado estético. Mostramos nuestra experiencia en 3 centros hospitalarios de alta especialidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, aplicando medidas de tendencia central a pacientes intervenidos por Apendicectomía con puerto único del periodo enero 2019 a enero 2022, se incluyeron pacientes menores de 18 años con diagnóstico confirmado por ecografía abdominal.

RESULTADOS: nuestro Universo de trabajo 105 pacientes: 60 niñas, 45 niños. Las edades oscilaron entre 3-16 años, con una media de 11 años. El peso más pequeño fue de 10,5 kg y el mayor de 80 kg. La técnica realizada con herida transumbilical y colocación de retractor de herida tipo Alexis, aplicando guante Ortho Glove n° 6.5, para completar multipuerto híbrido, utilizamos lente de 5mm 30 grados, pinzas convencionales laparoscópicas 5mm y bisturí armónico, con colocación 1 trocar (12mm/pulgar) y dos trocaries (5mm medio y anular), no se reportaron complicaciones durante el procedimiento quirúrgico, tiempo quirúrgico promedio 45 min. Se completó la cirugía de forma intraabdominal en 80 pacientes y 25 de forma video asistida. Siendo fase III de apendicitis la más frecuente, se colocó drenaje en 20 pacientes por flanco derecho, no presentamos conversiones a técnica abierta, la estancia promedio de 3 días, se aplicó escala análoga del dolor con promedio de 4 al día 1, EVA de 2 al día 2. la presencia de absceso residual intraabdominal se encontró en 7 pacientes manejado de forma conservadora.

DISCUSIÓN: En la actualidad se continúan desarrollando métodos de mínimo acceso que son superiores con respecto al abordaje laparoscópico convencional y como resultado tenemos la cirugía laparoscópica de incisión única. La literatura publicada es escasa sobre el uso de puerto único en edad pediátrica, el antecedente publicado en 2010 Díaz et cols. es de 80 casos con resultados similares.

Tras la evolución del trabajo se evidenció que la utilización del puerto único permite realizar procedimientos extracorpóreos que facilitan extracción del epiplón y de apéndices que no sean posible por el trocar 12 mm así como la protección del retractor de herida evitando contaminación directa de la única herida realizada, lo cual permite un amplio rango de trabajo realizando una mínima extensión sobre la aponeurosis en la línea media.

CONCLUSIÓN: El dominio en cirugía de mínima invasión es indispensable por el advenimiento de nuevos instrumentos que permiten realizar heridas cada vez más pequeñas con un mejor resultado estético y menor dolor postoperatorio reflejado en la rápida reincorporación a sus actividades. La cirugía de puerto único es uno más de los recursos novedosos que permiten disminuir aún más la invasión sobre los tejidos de la pared abdominal, con los beneficios ya descritos de la cirugía mínimamente invasiva.

EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE NIÑOS OPERADOS DE COLLIS-NISSEN POR LAPAROSCOPIA.

Autor: Carlos García Hernández
Coautores: Carlos Aguilar Gutiérrez, Lourdes Carvajal Figueroa, Christian E. Archivaldo García, Ramiro Adebél Martínez
Ponente: Carlos Aguilar Gutiérrez
Institución: Hospital Star Médica HIP.

INTRODUCCIÓN: Una alternativa para el tratamiento del esófago corto es la esofagogastroplastia tipo Collis-Nissen. Diversas publicaciones refieren la posibilidad de realizarla por laparoscopia en niños, con buenos resultados inmediatos, pero se desconoce su evolución a largo plazo. En adultos existen reportes de complicaciones pépticas y necrosis. El objetivo de nuestro trabajo es conocer la evolución a largo plazo de los pacientes pediátricos operados del procedimiento de Collis-Nissen por laparoscopia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron pacientes con más de 5 años de operados de Collis-Nissen laparoscópico con control clínico cada 6 meses, analizándose: síntomas de reflujo, recidiva de la estenosis, uso de medicamentos antireflujo. Con control radiológico y endoscópico al año y a los 5 años de la cirugía. En el estudio contrastado se analizó el aspecto del neoesófago y localización de la funduplicatura. En la endoscopia se valoró permeabilidad, grado de inflamación del esófago nativo y del neoesófago, longitud del neoesófago, aspecto de la neofunduplicatura a la retrovisión y se tomaron biopsias del esófago nativo y del neoesófago.

RESULTADOS: Del año 2005 al 2022, se han operado 15 pacientes de Collis-Nissen. Se incluyeron 8 niños con más de 5 años de operados. Las edades actuales varían de 9 a 20 años; 5 hombres y 3 mujeres. Todos con esófago corto y reflujo, además 3 niños con hernia paraesofágica asociada a funduplicatura, dos habían cursado con atresia de esófago y reflujo, y 3 con estenosis péptica del esófago. La longitud promedio del neoesófago en la cirugía inicial fue de 4.5 cm. Actualmente 6 niños son asintomáticos, uno refiere dolor epigástrico ocasional que mejora con antiácidos y otro presenta disfagia ocasional a sólidos. No hubo recidiva de la estenosis en los niños que la presentaron y todos se alimentan por la boca con dieta normal, buena ganancia ponderal. La SEG D mostró el mismo calibre en el esófago nativo como en el neoesófago, con aclaramiento adecuado e imagen de funduplicatura infradiaphragmática. La endoscopia mostró en todos, un aspecto normal del esófago nativo y del neoesófago. La línea Z se encontró de 6 a 8 cm por arriba del pinzamiento diafragmático,

es decir, el neoesófago creció de 4.5 a 6 u 8 cm, con cardias continente y funduplicatura eficiente a la retrovisión. El estudio histopatológico del esófago nativo distal reporto esofagitis leve y el neoesófago inflamación crónica intraepitelial con epitelio columnar productor de mucina, sin metaplasia y relación células foveolares (productoras de moco) y células oxínticas (productoras de ácido) fue de 10:1.

DISCUSIÓN: En el esófago corto con reflujo secundario, el procedimiento de Collis Nissen laparoscópico es una opción para el tratamiento. Existen reportes de esta cirugía en niños, pero se desconoce su evolución a largo plazo. En adultos se menciona lesiones pépticas, falta de motilidad y necrosis gástrica. En nuestro trabajo encontramos que existe control de la sintomatología, sin datos de reflujo. La ausencia de disfagia y evidencia radiológica de un aclaramiento esofágico adecuado, sin dilatación de la porción distal del nuevo esófago, permite inferir que existe adecuado paso del alimento gracias a la propulsión del esófago nativo. En todos los pacientes encontramos crecimiento del nuevo esófago de 4 a 6 cm. Ningún paciente presentaba lesiones pépticas. En las biopsias, encontramos mayor proporción de células foveolares a diferencia de otros reportes donde se mencionan células oxínticas. La histología diferente que encontramos se debe a que la porción usada para construir el neoesófago es la zona del cardias y la porción proximal de la curvatura menor que tienen una menor cantidad de células parietales productoras de ácido y pepsina evitando la zona del fundus. Es probable que la buena evolución de nuestros pacientes se deba principalmente a que no se trata de una porción de estómago productora de ácido y pepsina.

CONCLUSIÓN: El procedimiento de Collis-Nissen laparoscópico es eficaz en el tratamiento a largo plazo del esófago corto en niños.

SISTEMA IRIS MODIFICADO: EXPERIENCIA INICIAL DE UNA NUEVA TECNOLOGIA EN LA SEGURIDAD Y ENSEÑANZA DE CIRUGIA DE HIATO EN PEDIATRIA

Autor: Joel Cázares Rangel
Coautores: Jorge Alberto Cantu Reyes , Miguel Angel Torres Salas
 Marbella Sepulveda Valenzuela, Jorge Colín Garnica
Ponente: Joel Cázares Rangel
Institución: Hospital Regional Materno Infantil Monterrey Nuevo León

INTRODUCCIÓN: La funduplicatura Nissen (FN) es uno de los procedimientos quirúrgicos gastrointestinales más comúnmente realizados en pacientes pediátricos, especialmente entre aquellos que tienen deterioro neurológico. La FN se ha utilizado con éxito para corregir la anomalía subyacente del esfínter, sin embargo, en niños con dismotilidad esofágica especialmente con deterioro neurológico, presentan mayor frecuencia de complicaciones; siendo las más temidas las perforaciones de esófago al hacer la disección o la funduplicatura, ya que pueden presentar una mortalidad del 20-50%. Reportamos la experiencia inicial usando el sistema IRIS U-kit modificado para visualizar el esófago, iluminándolo en tiempo real durante la cirugía para evitar complicaciones e incrementar la seguridad en FN.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, experimental, serie de casos de nuestra experiencia en cirugía laparoscópica FN en el periodo entre abril 2023 a junio 2023. El estudio fue autorizado por el comité de Ética e Investigación del hospital. Se incluyeron pacientes menores de 16 años, expediente completo y contar con los insumos necesarios. Se excluyeron pacientes con expediente incompleto. Se registraron y analizaron los datos obtenidos en una base de datos de Excel. Todos los pacientes completaron protocolo preoperatorio para Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) incluyendo SEG, Gammagrama vaciamiento gástrico + reflujo G/E + microaspiración.

Técnica: Previo al inicio de la FN laparoscópica, se utilizó un IRIS U-kit (Stryker, MI, EE.UU.) que es un stent ureteral iluminado que comprende una vaina ureteral translúcida de 6 F, con fibra óptica insertadas en la vaina ureteral y un dispositivo fuente de luz L11 AIM (Stryker, MI, EE.UU.) usado en urología permitiendo la visualización del uréter continuo o intermitente al realizar laparoscopia.

Nuestra modificación consiste en retirar la fibra óptica de las vainas ureterales e introducir las en la sonda de alimentación tipo Levin (bougie) del calibre para la edad del paciente considerando no exteriorizar la fibra óptica en su punta, evitando contacto directo con los tejidos, para permitir la visualización del esófago.

RESULTADOS. Se incluyeron 5 pacientes (3femeninos, 2masculinos). La edad promedio fue 6.2 años (2m-15años); peso promedio 27.6kg (4.2:53). 3 pacientes con deterioro neurológico, 1 con trisomía 21, 1 paciente sin alteración neurológica. En todos se realizó FN exitosamente, en 3 se acompañó de gastrostomía y piloroplastia, en 1 con piloroplastia y 1 FN exclusivamente. El uso del IRIS modificado permitió en todos los casos la visualización en tiempo real del esófago en todo momento de la cirugía delimitándolo incluso de los tejidos con periesofagitis y espacio retroesofágico permitiendo una disección segura, así como al momento de la funduplicatura. No se presentaron efectos adversos/complicaciones.

DISCUSIÓN. Las complicaciones transoperatorias o postquirúrgicas en FN no son tan frecuentes, sin embargo, cuando suceden pueden tener una morbilidad elevada incluso mortalidad. Es necesario prevenir las complicaciones para evitar recidivas y reintervenciones, por lo que la visualización con LED del esófago ayudó a realizar las cirugías de forma segura y permitiendo incluso enseñar a residentes en formación.

CONCLUSIONES. La visualización con IRIS modificado demostró ser factible para FN y podría ser útil en reoperaciones, miotomía de Heller e incluso atresias de esófago. Reportamos la primera casuística exitosa en la literatura del sistema IRIS usado en pacientes no urológicos y pediátricos.

PLASTRÓN APENDICULAR, UNA TENDENCIA HACIA EL MANEJO CONSERVADOR

Autor: Pablo Mijahil Avilés Jiménez
Coautores: María Eugenia Ferro Morera, Ailén Sánchez Cruz
Ponente: Pablo Mijahil Avilés Jiménez
Institución: Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez, La Habana. Cuba.

INTRODUCCIÓN: La apendicitis aguda continúa siendo la principal urgencia quirúrgica en edades pediátricas, cuyo diagnóstico oportuno disminuye la posibilidad de complicaciones, tales como el plastrón apendicular, el cual se presenta en un 10% de los pacientes con apendicitis. En la actualidad aún existen cirujanos pediatras que abogan por una intervención quirúrgica de urgencia ante el diagnóstico de un plastrón apendicular, sin embargo, la tendencia se inclina por un manejo conservador basado en antibioticoterapia y apendicectomía diferida, disminuyendo el número de complicaciones transoperatorias y realizando un proceder quirúrgico en condiciones ideales. Nuestro objetivo fue analizar las ventajas y utilidad que ofrece el tratamiento conservador.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, ambispectivo de pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular en nuestro centro en un periodo de 10 años. La obtención de datos se basó en la revisión de las historias clínicas de los pacientes y el seguimiento en consulta externa, obteniendo una muestra de 47 pacientes, los cuales se dividieron en 2 grupos: 37 que recibieron tratamiento conservador y 10 que al momento del ingreso contaban con signos y síntomas de irritación peritoneal por lo que se interpretaron como apendicitis aguda y se realizó cirugía de urgencia. En ambos grupos comparamos tanto presentación clínica como evolución para determinar la mejor alternativa. Se emplearon medidas de resumen para datos cualitativos (frecuencias absolutas, porcentajes y media), se aplicó la prueba estadística Chi cuadrada (χ^2) para determinar la asociación entre las variables. En todos los casos se utilizó un nivel de significación de 0.05. La investigación se realizó de acuerdo a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki para la investigación con seres humanos y se obtuvo el consentimiento informado de los padres o representante legal para realizar laparoscopia diferida a cada paciente, así como la aprobación de los Consejos Científicos y de ética de la investigación de nuestra institución y del Comité de Ética de la investigación.

RESULTADOS: Se observó mayor incidencia en pacientes del sexo femenino, la edad media de presentación fue de 12.4 años. El diagnóstico de plastrón apendicular predominó en aquellos pacientes con más de 5 días de evolución, presentándose mayormente con cuadro clínico de dolor en fosa ilíaca derecha, fiebre y presencia de masa palpable a este mismo nivel. El 95% presentó leucocitosis acompañada de eritrosedimentación elevada y proteína C reactiva positiva. Se realizó ultrasonido abdominal a 35 pacientes presentando el 100% apelotonamiento de asas o imagen compleja en fosa ilíaca derecha. De los 10 pacientes operados de

urgencia solo fue posible la apendicectomía en 3, el resto inició tratamiento conservador de los cuales 2 presentaron peritonitis generalizada por lo que fueron trasladados a la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Se programó a 31 pacientes para laparoscopia diferida, 22.58% presentaba un pequeño muñón apendicular o la apéndice estaba autoamputada y se realizó apendicectomía al resto (77.42%). Un paciente de los apendicetomizados por vía laparoscópica presentó un tumor carcinóide.

DISCUSIÓN: Al igual que Loret de Mola, en su investigación en el Hospital Pediátrico Provincial de Camagüey observamos una mayor incidencia en pacientes mayores de 10 años y los síntomas que predominan guardan estrecha relación con el cuadro clínico de apendicitis aguda, al que se le agrega la presencia de masa palpable en fosa ilíaca derecha, siendo importante para el diagnóstico, tal como lo evidenció Ayala en un estudio realizado en el Instituto Nacional del Niño en Perú. Los pacientes que fueron llevados a quirófano de forma urgente fueron útiles para confirmar lo complejo que puede resultar la apendicectomía tras un proceso de emplastromamiento y como en muchos casos la conducta adecuada será concluir el proceder quirúrgico e iniciar antibioticoterapia. Tanto Ayala como Gillik (Dublín, Irlanda) en sus respectivos estudios muestran una mejor evolución en los pacientes tratados de forma conservadora; basándose en un triple esquema antibiótico de 10 a 15 días según la evolución clínica, humoral y radiológica de cada paciente y 6 meses después realizar una laparoscopia exploradora. Llama fuertemente la atención el descubrimiento de un tumor carcinóide gracias a este procedimiento.

CONCLUSIONES: Basados en nuestros resultados recomendamos el manejo conservador siempre que exista un diagnóstico de certeza y que el paciente se mantenga estable clínicamente, iniciando triple terapia antibiótica (en nuestro caso Ceftriaxona/ Gentamicina/Metronidazol). Se debe realizar seguimiento clínico, humoral (reactantes de fase aguda) y radiológico (ultrasonido) y además una valoración laparoscópica 6 meses después del cuadro agudo. Como ventajas observadas podemos mencionar la evolución satisfactoria de los pacientes, evitando una intervención quirúrgica con alto riesgo de perforación u otras complicaciones como los casos de peritonitis observados, siendo estas mismas complicaciones causas de un mayor tiempo de estadía hospitalaria. Así mismo la laparoscopia diferida nos ha permitido apendicetomizar en mejores condiciones a los pacientes que lo necesitaron y evitar recurrencias. Es muy importante descartar la presencia de tumores malignos, que aunque es baja su incidencia debemos tenerlo presente.

SÍNDROME DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR (WILKIE): REPORTE DE UN CASO TRATADO POR MÍNIMA INVASIÓN.

Autor:	Raúl Francisco Guzmán Alonso
Coautores:	Francisco Alfonso Viveros Carreño, Francisco Garibay González, Edgar López Virgen, Mauricio Lozoya García
Ponente:	Raúl Francisco Guzmán Alonso
Institución:	Hospital Central Militar y Hospital Militar De Especialidades De La Mujer y Neonatología

OBJETIVO: informar a la comunidad médica respecto al abordaje por mínima invasión para el tratamiento del Síndrome de arteria mesentérica superior (Síndrome de Wilkie) en un paciente pediátrico. Femenina de 8 años con gastromegalia y desnutrición severa rebelde a manejo dietético, conductual y medicamentoso. Estudiada con serie esofagogastroduodenal, gammagrama de vaciado gástrico, tomografía computada con triple contraste, endoscopia con toma de biopsias, manometría de alta resolución esofágica y pH metría con impedanciometría. La tomografía computada informa que existe un ángulo aorto-mesentérico de 18 grados.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Duodenoyeyuno anastomosis latero-lateral por mínima invasión. Paciente orointubada, bajo anestesia general balanceada, colocada en decubito supino y posición americana para funduplicatura, con cirujano en frente y primer ayudante a la derecha de la paciente, se infiltran con lidocaína al 1% ombligo, región de flanco derecho, flanco izquierdo, intersección línea media clavicular con ultimo arco costal izquierdo y en región epigástrica, se incide piel seguido de colocación de puertos de 12 mm, 5 mm, 5 mm, 5 mm y 10 mm respectivamente. Se establece neumoperitoneo a 12–13 mmHg, se amplía posición a 30° en Trendelenburg invertido. Es elevado el colon transverso pinzando un apéndice epiploico del borde anterior; se materializa una ventana en el mesocolon transverso, se visualiza segunda y tercera porción duodenal dilatadas.

Se expone el duodeno proximal al sitio de compresión por la arteria mesentérica superior; se colocan dos postes de polipropileno 2-0, afrontando pared duodenal anterior con pared yeyunal seleccionada a 20 cm del Treitz. Se crean enterotomías, una en el duodeno y otra en la pared yeyunal; por el puerto de 10 mm epigástrico se introduce engrapadora lineal cortante laparoscópica 60 mm con cartucho blanco con cada rama dentro de las enterotomías, se efectúa

disparo de grapas permaneciendo 60 seg., seguido de retiro de ramas. El afrontamiento de los bordes del estoma de la anastomosis duodenoyeyunal es cerrado con sutura absorbible 2-0 surgete anclado a satisfacción, seguido de segunda capa sutura absorbible puntos 2-0 simples serosa-serosa y de retiro de postes de polipropileno 2-0. Prueba de fugas con panendoscopia a satisfacción con línea de sutura dentro un lago acuoso, sin manifestarse fuga.

RESULTADOS: Durante su estado postoperatorio se realizó tránsito con medio de contraste hidrosoluble a través de sonda nasofúndica en el primer día postoperatorio, sin presencia de fuga. Toleró dieta al quinto día postquirúrgico y se retiro drenaje de Blake. Se egresa al octavo día postquirúrgico en adecuadas condiciones generales.

DISCUSIÓN: Por medio de este trabajo se observó que el abordaje por mínima invasión como tratamiento del Síndrome de arteria mesentérica superior es una técnica quirúrgica segura y factible de materializar en el paciente pediátrico como lo establece Miura¹.

SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR TRATADO CON CIRUGÍA DE MÍNIMA INVASIÓN, REPORTE DE 3 CASOS

Autor: Joel Cazares Rangel
Coautores: Jorge Humberto Delgado García, Rubén Figueroa Portillo, Guillermo Mier Saad, Eduardo De La Rosa Bustamante
Ponente: Eduardo De La Rosa Bustamante
Institución: Hospital Regional Materno Infantil.

OBJETIVO: Presentar la duodenoyeyunoanastomosis laparoscópica como un método seguro y efectivo en el tratamiento del síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS), en población pediátrica en México.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES: Se identificaron 3 pacientes femeninos de 13 años en el periodo de 2017-2022. Presentaron cuadro crónico de dolor abdominal intermitente de más de 12 meses de evolución acompañados de vómitos postprandiales y pérdida de peso. En seguimiento por psiquiatría por sospecha de trastornos de alimentación, con desnutrición severa (DE < -3). Son referidas por gastroenterología por fracaso al tratamiento médico con sospecha de SAMS. Se realiza abordaje diagnóstico con radiografías de abdomen con datos de dilatación gástrica, serie esófagogastroduodenal con dilatación gástrica y duodenal con retención de medio de contraste en duodeno con dificultad del paso en la 3ra porción; endoscopia diagnóstica sin poder pasar a 3ra porción del duodeno, ANGIOTAC con ángulo aorto-mesentérico disminuido. Realizando diagnóstico de SAMS. Las pacientes son manejadas de manera conservadora por 2 meses sin mejoría, con disminución progresiva de peso por lo que se decide su manejo de manera quirúrgica.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Se realiza abordaje laparoscópico con trocar 12 mm cicatriz umbilical 5 mm flanco izquierdo y 3 mm flanco derecho, se realiza exposición inframesocólica del duodeno, se incide peritoneo y se disea con bisturí armónico para liberación del duodeno proximal a la arteria mesentérica superior, se identifica Treitz y se aproxima yeyuno proximal hasta llegar al duodeno, se colocan riendas percutáneas y se realizan enterotomías con bisturí armónico en duodeno y yeyuno en el borde anti mesentérico, se realiza anastomosis latero-lateral de duodeno y yeyuno con endograpadora 45 mm y cierre de la enterotomía común con surgete continuo con sutura

v-lock PDS 2-0, finalmente se colocan puntos de Lembert entre colon transverso y yeyuno proximal para evitar síndrome de asa ciega. Cierre de heridas convencional.

El manejo postoperatorio consistió en ayuno por 3 días, nutrición parenteral total y deambulación temprana, se corroboró permeabilidad con tránsito intestinal con buena evolución clínica y egreso al 5to día con dieta líquida por 1 semana y progresión. Las pacientes presentaron adecuada recuperación ponderal en los próximos 6 meses sin complicaciones postquirúrgicas.

RESULTADOS: El SAMS es una patología poco común mayormente en adolescentes con una incidencia de entre 0.0024% y 0.78%, con una relación 3:1 mujer hombre. Los signos y síntomas son inespecíficos con un cuadro crónico de dolor abdominal intermitente asociado a vómitos postprandiales y pérdida de peso, es un diagnóstico diferencial de trastornos de la alimentación que debe tomarse en cuenta al momento de realizar el abordaje inicial. Este estudio demuestra que la duodenoyeyunoanastomosis mínimamente invasiva es una técnica efectiva en el tratamiento de SAMS en pacientes pediátricos con una recuperación más rápida y menos dolorosa que la técnica abierta y el procedimiento de Strong entre otras. Esta técnica ha sido escasamente descrita, inicialmente en adultos. Reportamos los primeros 3 casos reportados en 3 instituciones operados por el mismo cirujano.

ASCITIS MASIVA COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE PANCREATOBLASTOMA, Y SU RESOLUCIÓN EXITOSA CON CIRUGÍA DE WHIPPLE. REPORTE DE CASO.

Autor: Antonio Francisco Gallardo Meza
Coautores: Irene Lorena Velarde Briseño, Pablo Lezama Del Valle, Sair Ulises Clara, José Manuel González Sánchez
Ponente: Antonio Francisco Gallardo Meza
Institución: Hospital General Occidente

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias pancreáticas representan el 0.2% de todas las malignidades pediátricas, entre las principales neoplasias de páncreas en la infancia se tiene el pancreatoblastoma y el tumor pseudopapilar sólido. El pancreatoblastoma representa el 0.5% de las tumoraciones no endocrinas, siendo una tumoración extremadamente rara de la infancia, con predominio sobre el género masculino, relación de 1.9:1. Se localiza con mayor frecuencia en la cabeza o el cuerpo del páncreas.

OBJETIVO: Presentar el caso de una neoplasia poco común en la edad pediátrica, así como hacer hincapié en que este caso se presentó inicialmente como una ascitis masiva de etiología a determinar, presentando mayor dificultad en el diagnóstico de la etiología de la tumoración.

REPORTE CLÍNICO: Se trata de paciente masculino de 16 años quien se refiere por la presencia de distensión abdominal severa la cual fue progresiva, de 2 meses de evolución 15 días antes de su ingreso se agregó dolor abdominal progresivo con EVA de 9, sin ningún otro sintoma o signo acompañante. US abdominal corrobora abundante líquido libre en cavidad y la presencia de una tumoración que involucraba la cabeza del páncreas. BH, PFH, AMILASA Y LIPASA dentro de parámetros normales; Marcadores tumorales ACE, AFP, CA 19-9 negativo. RNM corrobora líquido peritoneal libre y la presencia de una masa localizada en la cabeza del páncreas de características solida con áreas de degeneración quística. Laparoscópica en donde se obtienen 5 lts. de líquido de ascitis y se toma biopsia de la tumoración. Se dejó un catéter de Tenckoff para control de la ascitis. Reporte biopsia: neoplasia pseudopapilar de páncreas de bajo grado histológico, sin infiltrado perineural ni permeación linfovascular.

Se da tratamiento citoreductor con Gemcitabina 5 dosis, sin mejoría, persistiendo la tumoración del mismo tamaño y la ascitis en cantidades de 4-5 lts. diario. Se somete

laparotomía exploradora, gran tumoración de unos 10 cm que abarcaba toda la cabeza del páncreas y comprimía parte de la vena porta, se realiza resección quirúrgica de la totalidad de la tumoración, abarcando la arcada duodenal, píloro y parte del antro gástrico, así como el conducto colédoco, dejando únicamente el hepático común y se hace una reconstrucción mediante técnica de Whipple.

El reporte histopatológico fue de un Pancreatoblastoma con líneas de diferenciación neuroendocrina, epidermoide y epitelial ductal de 11x10cms. Por clasificación TNM diagnóstico de Pancreatoblastoma Estadio II (T3, N0, M0), con bordes libres de tumoración. Su evolución post operatoria satisfactoria, ascitis disminuyó en los primeros 3-4 días del post operatorio. Sus enzimas pancreáticas y glicemia post operatoria permanecieron dentro de parámetros normales en el post operatorio inmediato y tardío.

REPORTE HISTOLÓGICO: pancreatoblastoma con resección total de la tumoración y bordes libres de tumor, se decidió únicamente vigilancia con marcadores tumorales y controles US y por resonancia cada 3 meses. Al año de la cirugía el paciente se encuentra asintomático y libre de tumoración tanto clínica como por laboratorio y gabinete.

DISCUSIÓN: Los reportes de pancreatoblastoma en niños son extremadamente raros, y cuando existen se presentan antes de los 5 años, a diferencia de este caso en que el paciente tenía 16 años. Los marcadores son positivos hasta en el 80% de los casos, en este caso eran negativos. Otra característica para resaltar en este caso fue la presentación de ascitis masiva, no hay casos reportados de ascitis masiva en pacientes con pancreatoblastoma, aunque sí se reporta ascitis en tumoraciones pancreáticas; la cirugía de Whipple de alta complejidad resolvió el problema, resaltando la colaboración en este caso de un cirujano Pediatra Oncólogo.

SÍNDROME DE WAUGH COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MÚLTIPLE EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor: Isaías Gómez Barrera
Coautores: Othón Romero Terán, Jorge E. Samano Pozos, Antonio Castro Cruz, Jesús Roberto Aguirre López
Ponente: Jesús Roberto Aguirre López
Institución: Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Waugh se le denomina a la obstrucción intestinal causada por invaginación intestinal y malrotación intestinal. La invaginación intestinal es la patología quirúrgica abdominal más frecuente y principal causa de obstrucción intestinal en lactantes. La malrotación intestinal es una anomalía del intestino, en la cual el proceso de fijación y rotación se ve alterado. Ambas entidades causan la mayoría de cuadros obstructivos en neonatos y lactantes. Presentamos el caso clínico de un lactante masculino de 4 meses con obstrucción intestinal múltiple secundaria a invaginación y malrotación intestinal.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente masculino de 4 meses de edad, acude a servicio de urgencias con cuadro de 48 horas de evolución, con irritabilidad asociado a dolor abdominal intermitente, se agrega hematoquecia, y 24 horas previas presenta vómitos de características gastrobilíares. A la exploración física se observó distensión abdominal; doloroso a la palpación, "morcilla" en hemiabdomen izquierdo, tacto rectal con restos hemáticos en "jalea de grosella". Su radiografía con distribución irregular de aire, niveles hidroaéreos y datos francos de obstrucción intestinal mecánica. La biometría hemática: leucocitos 14,500 / mm³, Hb: 12.2 g/dL; plaquetas 331,000 / mm³. Se realiza laparotomía exploradora encontrando invaginación colo-colónica secundaria a duplicación intestinal quística, además de malrotación intestinal clásica, se realiza exvaginación por taxis, resección y anastomosis ileo-transverso termino-terminal, y finalmente procedimiento de Ladd. Su evolución posoperatoria satisfactoria, con inicio y tolerancia de la vía oral al tercer día, completo esquema de antibióticos, y egreso del servicio. Actualmente con buena evolución a 6 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN: El síndrome de Waugh en la infancia es una entidad poco frecuente, descrita en 1911, este autor identificó problemas de malrotación en tres pacientes masculinos con invaginación intestinal que

además tenían fijación anormal del colon ascendente y descendente. La invaginación colo-colónica es poco frecuente, se presenta en el 2.5% de los casos, generalmente asociado a punto guía, como en nuestro caso en donde fue secundario a duplicación intestinal tipo quística, las cuales comprenden el 13% de las duplicaciones intestinales. Las manifestaciones clínicas de nuestro caso fueron clásicas de una invaginación intestinal, encontrando además la presencia de una malrotación intestinal,

CONCLUSIÓN: El síndrome de Waugh en la infancia es una entidad poco frecuente, pero debe ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales en un lactante con vómitos, dolor abdominal y hematoquecia. El objetivo de presentar el caso es dar a conocer la asociación de invaginación con malrotación intestinal como causa de obstrucción intestinal múltiple en Pediatría, ya que existen pocos casos documentados en la literatura.

ESTENOSIS ESOFAGICA CONGENITA, TRATAMIENTO QUIRURGICO ALTERNATIVO

Autor: Weimar Cesar Maldonado Arze
Coautores: Héctor Pérez Lorenzana, Cristo Neftaly Pérez Lemus, Andrea Duarte Luna
Ponente: Duarte Luna Andrea
Institución: UMAE Hospital General Del Centro Médico Nacional “La Raza”.

CASO CLINICO. La estenosis esofágica congénita es una condición clínica definida como una disminución de la luz intrínseca del esófago, su incidencia es aproximadamente de 1 en 25 mil RN vivos, el tratamiento puede ser endoscópico de manera inicial y quirúrgico en forma definitiva.

La cirugía estándar es la resección y anastomosis. El objetivo del trabajo es presentar un abordaje quirúrgico opcional al tratamiento estándar. No existe conflicto de interés entre los autores.

PRESENTACION DE CASOS. Se presentan 3 casos clínicos, un paciente femenino de 7 meses de edad y dos pacientes masculinos de 9 meses y 72 meses, uno de ellos con trisomía 21, quienes inician su padecimiento con disfagia, regurgitaciones hasta llegar a la intolerancia de la vía oral, a todos se les realiza serie esófago gastroduodenal con disminución de la luz en tercio distal, panendoscopia con presencia de estenosis esofágica por encima de la unión gastroesofágica, sin lograr dilatación de la misma.

Se realizó plastia de ampliación tipo Mikulicz y funduplicatura Nissen Floppy, en dos pacientes con técnica laparoscópica y un paciente con técnica abierta, los pacientes se mantuvieron en ayuno durante 7 días, con posterior tolerancia a la misma, uno de ellos presento pico febril al 5° día postquirúrgico, con gasto saliva por penrose, ameritando laparotomía exploratoria y reparación de dehiscencia de plastia esofágica, esofagograma al 7° día del ultimo procedimiento quirúrgico, sin evidencia de fugas a nivel de la anastomosis, por lo que se reinicia vía enteral con adecuada tolerancia.

Actualmente los pacientes llevan un seguimiento de 3, 7 y 72 meses, sin presentar estenosis de plastia esofágica y adecuada tolerancia de la dieta.

DISCUSIÓN: La incidencia de la Estenosis esofágica congénita es de 0.5 a 1%, en nuestra serie presentamos 3 casos en un periodo de 6 años, la edad más frecuente de presentación es en menores de 1 año, con un pico al inicio de la ablactación, que coincide con nuestro reporte de casos.

La sintomatología predominante fue disfagia y regurgitación, como se reporta en la literatura. Se puede realizar SEGD, panendoscopia y tomografía, siendo el esofagograma el estudio más significativo, nuestro grupo de pacientes tuvieron este protocolo diagnóstico excepto la tomografía. La técnica quirúrgica estándar es la resección y anastomosis, con desventaja de una línea de sutura amplia, con riesgo de dehiscencia y estenosis.

La técnica que presentamos es bajo el principio de Mikulicz en el sitio estenosado, ya descrita por algunos autores como Anderson. Se deben considerar características intraoperatorias del tejido, al momento de la palpación del sitio estenosado, para considerar una estenosis de tipo fibromuscular, teniendo la ventaja de menor línea de sutura, dehiscencia, estenosis, riesgo de lesión del nervio vago y alteración de motilidad esofágica. Por lo que proponemos como una técnica alternativa para el manejo de estenosis esofágica congénita.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TRICOBEOZAR POR LAPAROSCOPIA, GASTROSCOPIA Y ENDOSCOPIA GÁSTRICA TRANSOPERATORIA SIMULTANEA.

Autor: Miguel Antonio Rocael Calderón Vanegas
Coautores: Sergio Adrián Trujillo Ponce, Juan Eduardo González Aboytes, Carlos Oswaldo Yanowsky González, Carlos Ulises López Urias
Ponente: Miguel Antonio Rocael Calderón Vanegas
Institución: Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

OBJETIVO: Presentar un abordaje novedoso para la resolución del tricobezoar mediante laparoscopia y gastroscopia, así como endoscopia transoperatoria.

CASO CLÍNICO: Femenina de 6 años que habita en orfanato, con dolor abdominal intermitente, postprandial, saciedad temprana e inapetencia, vómitos progresivos gástricos y posteriormente biliares.

Comorbilidad consistente en síndrome de bandas amnióticas, pie equino varo, poli-dactilia y depresión mayor. Abordaje mediante serie esofagogastroduodenal demostrando imagen de sustracción en cámara gástrica que se extiende al píloro y duodeno considerando tricobezoar, corroborado por endoscopia.

Tratamiento inicial mediante lisis química por una semana sin lograr desintegración del bezoar, por lo que se somete abordaje laparoscópico, con cuatro puertos de 5 milímetros, tres de los cuales se introducen a cámara gástrica, con insuflación con CO₂ y mediante tijera y grasper se secciona gradualmente el bezoar, con extracción transoral de los fragmentos segmentados mediante endoscopia gastrointestinal simultánea.

DISCUSION. El tricobezoar es una patología que previamente se ha abordado mediante laparoscopia, y por gastrotomía se extrae el bezoar, requiriendo incisión abdominal y con riesgo de infección de herida quirúrgica.

En nuestro caso se realizó abordaje laparoscópico con 4 puertos de 5 milímetros, tres de los cuales se introducen a estómago (gastroscopia laparoscópica), con insuflación de CO₂ y visualización del bezoar, mediante grasper y tijera se fragmenta el mismo, simultáneamente se extrae por endoscopia gastrointestinal el bezoar segmentado. Lo anterior evita la incisión abdominal y gástrica amplia, sin riesgo de infección.

Finalmente se cierran incisiones gástricas con puntos totales de vicryl y ayuno por 3 días, tolerando la alimentación oral y en el seguimiento endoscópico sin alteraciones.

En la actualidad no se encontraron reportes de abordaje laparoscópico y de gastroscopia laparoscópica para segmentación del bezoar con extracción transoral simultánea por endoscopia gastrointestinal.

RESULTADOS A LARGO PLAZO DE TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO DE DONADOR VIVO VS DONADOR FALLECIDO. ¿CUÁL ES MEJOR?

Autor: José Manuel Tovilla Gutiérrez
Coautores: José Alejandro Hernández Plata, Rosa Erro Aboytia, Jaime Nieto Zermeño, Gustavo Varela Fascinetto
Ponente: José Manuel Tovilla Gutiérrez
Institución: Hospital Infantil De México "Dr. Federico Gómez"

INTRODUCCIÓN: El Trasplante Hepático (TH) es el tratamiento de elección para los pacientes con hepatopatías terminales. La escasez de injertos para TH es la principal limitante en México y la mortalidad en lista de espera para un TH en niños es superior al 35%. El TH de donador vivo (DV) puede ser una alternativa para aliviar el déficit de donantes fallecidos (DF). En nuestro centro se realizó el primer TH de DV exitoso en México. Los reportes de resultados de TH pediátrico en nuestro país son escasos. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados a largo plazo del TH de DV vs DF en la serie de TH pediátrico mas grande del país.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, comparativo, de una cohorte de receptores de TH pediátrico. Se incluyeron todos los TH realizados de 01/2001 a 05/2023 en un solo centro y se dividieron en 3 grupos, 1:DV, 2:DF completo (DFC) y 3:DF reducido (DFR). Se compararon variables demográficas del donador y receptor, transquirúrgicas, complicaciones y sobrevida. Se realizaron tablas de contingencia con prueba exacta de Fischer, medidas de tendencia central y dispersión con pruebas paramétricas y no paramétricas. Se crearon curvas de supervivencia actuarial mediante el método de Kaplan-Meier (log-rank). Se utilizó software STATA versión 19.

RESULTADOS: Durante este periodo se realizaron 145 TH (DV:21, DFC:117, DFR:7). Cuando se compararon, los DV-DFR fueron significativamente mas jóvenes y pequeños que DFC (3.4-3.4 vs 7.4 años, $p < 0.001$; peso 11.4-11.7 vs 22.1 Kg, $p < 0.001$). Existieron diferencias significativas en cuanto a la etiología (DV 33.8% Hepatoblastoma, DFC 38.5% AVB y DFR 85.7% falla hepática fulminante, $p < 0.001$). La escala de riesgo PELD/MELD fue significativamente mayor en los DFR (35.6) vs DV (16.6) o DFC (15.8), $p = 0.016$. La combinación del alto riesgo (D+/R-) para CMV y EBV fue significativamente mas alta en DV (24% y 52%, respectivamente). El tiempo en lista de espera

fue significativamente menor en los DV (510 días) vs los DF (923 días, excluyendo las urgencias nacionales). No hubo diferencias significativas en las variables transquirúrgicas, sangrado o transfusión. Las complicaciones biliares fueron mas frecuentes en el DV (52.3%) vs DFC (21.2%) DFR (0%), $p = 0.004$, y la insuficiencia renal aguda fue más frecuente en DFR (50%) vs DV (0%) o DFC (11.6%), $p = 0.003$. No hubo diferencias en la incidencia de complicaciones vasculares, rechazo, enfermedad linfoproliferativa postrasplante (ELPT) o infecciones virales. La sobrevida actuarial del paciente de toda la serie fue de 89% al año y 75% a los 10 años, y no hubo diferencia significativa en la sobrevida a 10 años entre DV (76%) y DFC (77%), pero si con DFR (43%, $p = 0.014$). La principal causa de muerte fueron las infecciones (13) y la ELPT (4). Excepto un caso, los DV fueron siempre los padres de los receptores, solo 5/21 (23.8%) requirieron de autotransfusión durante la cirugía, fueron egresados en promedio a los 6.5 días y todos se encuentran en perfecta salud. Solo se presentó una elongación del plexo braquial transitoria en un donador.

DISCUSIÓN: Nuestros resultados demuestran que el THDV disminuye el tiempo en lista de espera, tiene una sobrevida a largo plazo similar al THDFC, y es un procedimiento seguro para el donador. Los receptores de THDFR fueron pacientes más graves, en peores condiciones, lo que se reflejó en una sobrevida menor al corto plazo.

CONCLUSIONES: El THDV es una alternativa más para disminuir la mortalidad en lista de espera para un TH en niños, sobre todo para aquellos que tendrán un deterioro acelerado y cuyo riesgo de mortalidad en espera de TH de DF es infraestimado por el PELD/MELD (hepatoblastomas, atresia de vías biliares o metabólicos). Los resultados a largo plazo son similares al THDF, pero el THDV puede hacer más accesible el TH a estos pacientes.

**RESECCIÓN DE QUISTE DE COLEDOCO Y HEPATODUODENO
ANASTOMOSIS CON SISTEMA QUIRURGICO DA VINCI.**

Autor: Pedro Salvador Jiménez Urueta
Coautores: Fidel Leonardo López De Portugal, Héctor David Juárez González, Alejandro Fabian Tamayo Oliver
Ponente: Fidel Leonardo López De Portugal
Institución: Centro Médico Nacional 20 De Noviembre.

INTRODUCCIÓN. El tratamiento del quiste de colédoco ha sufrido diversos cambios en las dos últimas décadas, la hepatoyeyuno (HY) y la hepatoduodeno (HD) anastomosis son los procedimientos más frecuentemente utilizados. Desde la descripción de Tan en mínima invasión ha aumentado la utilización de la HD. La cirugía de mínima invasión se ha reportado en ambas, más frecuente en HY. El abordaje laparoscópico con HD ha ganado aceptación en el manejo. La Cirugía robótica es ideal debido a la visión 3D favoreciendo la sutura intracorporea. El objetivo del presente trabajo es presentar la primera serie de casos en México con robot y HD anastomosis

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo; serie de casos consecutivos, 6 casos de pacientes con quiste de colédoco que se sometieron a la resección de y HD. Periodo de enero 2020 a abril 2023 se analizaron las variables demográficas: sexo, edad y peso, además del diagnóstico postquirúrgico, sitio de anastomosis, días de estancia intrahospitalaria y complicaciones mediatas. El análisis estadístico se hizo con medidas descriptivas.

RESULTADOS. Se intervinieron 6 pacientes con edad de 1 año a 17 años, media 5.6. Cuatro sexo femenino (66%) y 2 de sexo masculino (33%). Peso un paciente fue menor a 10 kg, 3 pacientes de 11 - 19 kg y 2 pacientes mayor a 20 kg, con una media de peso de 21 kg. Cuatro pacientes (66%) ingresaron con diagnóstico por RMN. Dos pacientes ingresaron con diagnósticos diferentes a quiste, uno como pancreatitis y otro como coledocolitiasis, el diagnóstico se corroboró por colangiografía transoperatoria. Se intervinieron todos con Da Vinci con protocolo para la vía biliar. Se realizó a los 6 pacientes resección del quiste y reconstrucción de la vía biliar con hepatoduodeno anastomosis (100%).

En 5 (83.3%) se realizó anastomosis cercana a la segunda porción del duodeno y en 1 paciente (16.6%) se realizó en la unión de la primera y segunda porción. Sangrado transquirúrgico no relevante con una media de 86.6 ml con tiempo quirúrgico de 190 a 400 minutos. No se reportaron complicaciones transquirúrgico. Se reportaron complicaciones postquirúrgicas mediatas, en 2 (33.3%) con fuga mínima, resueltos con manejo conservador. El tiempo de estancia intrahospitalaria postquirúrgica fue en promedio de 9.5 días.

DISCUSIÓN. La hepatoduodeno anastomosis sigue siendo una buena alternativa para el quiste de colédoco, el robot en la vía biliar ayuda a una mejor visión y facilita los puntos. En la literatura la HY es la más utilizada en mínima invasión, sin embargo la HD ha aumentado sus adeptos. En México no existen reportes de HD por robot. El problema más frecuente referido en la literatura es el reflujo duodeno gástrico. Se consideraba que el alejar la anastomosis del píloro es suficiente para evitar el problema. En nuestros casos, hasta el seguimiento actual no hemos tenido casos de dolor por reflujo, además evitamos acercar la anastomosis al píloro.

CONCLUSIONES. La utilización de la HD en mínima invasión cumple 20 años, la facilidad de la técnica con una sola anastomosis simplifica la cirugía. Seleccionando adecuadamente el sitio de la anastomosis evitamos el reflujo duodeno gástrico. Los tiempos prolongados fueron en las dos primeras cirugías: los tiempos se han mejorado sustancialmente en los últimos procedimientos.

INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS DE LA ARTERIA HEPÁTICA EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO.

Autor: Josué Alexander Vásquez Alvarado
Coautores: José Alejandro Hernández Plata, Rosa Erro Aboytia, Jaime Nieto Zermeño, Gustavo Varela Fascinetto
Ponente: Josué Alexander Vásquez Alvarado
Institución: Hospital Infantil De México Dr. Federico Gómez.

INTRODUCCIÓN: La Trombosis de la Arteria Hepática (TAH) es la complicación más temida del Trasplante Hepático (TH), se asocia a una alta morbilidad y mortalidad de hasta 34%. Es la causa más frecuente de reTH urgente. Su incidencia es mayor en receptores pediátricos que en adultos. Este estudio analiza la incidencia, factores de riesgo (FR) y morbimortalidad asociados a TAH en la serie de TH pediátrico más grande del país.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y comparativo de una cohorte de receptores de TH pediátrico en un solo centro. Se incluyeron todos los TH realizados de 06/1998 a 05/2023. Se realizó un análisis comparativo de pacientes con TAH y No TAH. Se analizaron variables demográficas del donador y receptor, aspectos técnicos de la anastomosis arterial (sitio, técnica, material de sutura, anticoagulación, asistencia visual), tipo de TH (donador fallecido completo, donador fallecido reducido, donador vivo), tiempos de isquemia y quirúrgico, manifestación clínica, método diagnóstico, tipo de tratamiento, estancia hospitalaria, causa de muerte y sobrevida. Se utilizaron medidas de tendencia central y se compararon con t de student y pruebas no paramétricas. Se crearon tablas de frecuencia que se compararon con chi cuadrada. Para el análisis de FR se utilizó modelos de regresión logística simple o múltiple. Se calcularon curvas de sobrevida actuarial con el método de Kaplan-Meier (log-rank).

RESULTADOS: Durante este periodo se realizaron 157 TH en 154 receptores. Se presentaron un total de 13 TAH (8.2%). Los receptores que desarrollaron TAH fueron significativamente más pequeños (peso 12.5 Kg [7.5-21] vs 20.4 Kg [6.5-69.5], $p < 0.001$) y recibieron injertos de donadores significativamente más jóvenes y más pequeños (2.7 años [0.5-6] y 12.5 kg [6-19.6] vs 15.4 años [0.4-0.55] y 41.1 Kg [6.9-90]) ($p < 0.001$). La relación de peso D/R también fue significativamente menor en el

grupo TAH (1.8, rango 0.5-2.6), vs No TAH (2.4, rango 0.4-10.7), $p < 0.001$. No se encontraron diferencias significativas en el resto de las variables. La TAH se presentó en promedio al 5º día postTH. La manifestación clínica más frecuente fue fuga biliar 6/13 (46.1%) y elevación de transaminasas 7/13 (53.8%). El diagnóstico se hizo por US doppler y se confirmó por AngioTC. A todos los pacientes se les realizó trombectomía y reanastomosis urgente, ninguno requirió retrasplante. En el grupo TAH hubo 3 muertes tempranas (una asociada directamente a la TAH, otra a rechazo hiperagudo y la tercera por falla renal aguda). Seis de los 13 receptores que desarrollaron TAH se encuentran vivos con injertos funcionantes a largo plazo después de la trombectomía (46.1%). Los FR protectores para TAH fueron mayor peso del receptor (OR 0.89), mayor peso (OR 0.88) y edad del donador (OR 0.70) y mayor relación de peso D/R (OR 0.42). La sobrevida actuarial del paciente de toda la serie es de 82% a 1 año y 72% a los 10 años. La sobrevida del paciente a 1 año fue significativamente menor en el grupo TAH (62%) vs No TAH (83%) y a los 5 años, fue de 77% vs 46%, $p=0.02$. **Discusión:** La incidencia de TAH en nuestra serie es de tan solo 8.2%. El principal FR para desarrollar TAH fue utilizar receptores o donadores muy pequeños. El diagnóstico oportuno y la revascularización temprana permiten rescatar un número considerable de injertos y evitar el retrasplante. Esta alternativa cobra mayor importancia en países como México, con baja tasa de donación.

CONCLUSIONES: La incidencia de TAH en nuestra serie es baja y comparable con centros internacionales. Los FR identificados fueron el peso del receptor, la edad y peso del donador y la relación de peso D/R. La sobrevida a largo plazo con injertos funcionantes tras la trombectomía y revascularización se logra en el 70% de los casos de TAH.

CASOS DE ÉXITO EN PACIENTES CON HEPATOBLASTOMA QUE AMERITARON TRASPLANTE HEPÁTICO.

Autor: Marissa De Jesús Lerma Garzón
Coautores: Edgar Fernando Oliver García, José Salustiano Torres Díaz, Oscar Ferrer Delgado Herrera, Sofía Brenes Guzmán
Ponente: Marissa De Jesús Lerma Garzón
Institución: UMAE Hospital De Pediatría Centro Médico Nacional "Siglo XXI"

INTRODUCCIÓN. El hepatoblastoma es el tumor hepático primario más frecuente en edad pediátrica, siendo la resección el tratamiento inicial óptimo, al no ser resecable al momento de su diagnóstico la quimioterapia juega un rol crítico. En la evaluación POSTEXT en algunos casos la cirugía no será opción como en tumores irreseccables, PRETEXT III con afectación a los vasos o PRETEXT IV (Multifocal). El objetivo de este trabajo es describir la evolución clínica de 2 pacientes con hepatoblastoma e indicación de trasplante hepático, así como complicaciones y evolución post operatoria.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional retrospectivo, descriptivo lineal. Conformado por una serie de casos, reportados durante los últimos 5 años en un centro de referencia con servicio de cirugía de trasplantes pediátrico. Incluye pacientes diagnosticados con hepatoblastoma irreseccables a quienes se les realizó trasplante de hígado. Se utilizó una hoja de excel para recabar los datos. Se asignó un número a cada paciente para evitar la violación de código de ética o de datos personales durante el estudio, para su posterior presentación.

RESULTADOS. Se reportan 2 pacientes con hepatoblastoma e indicación de trasplante hepático. El primer paciente femenino de 24 meses de edad, se realizó BAAF con histopatología epitelial fetal pura, con AFP 94093ng/dl al diagnóstico, recibió 4 ciclos de quimioterapia. En la evaluación POSTEXT III con degeneración cavernomatosa de la porta. Se sube a lista de trasplante cadavérico, se administran 3 cursos más de quimioterapia esperando trasplante, el cual se realiza de un donador cadavérico ortotópico. A las 36 horas con trombosis de la arteria hepática, se realizó tromboectomía y re-anastomosis de la arteria. Su estancia en terapia intensiva fue de 6 días y un total de 23 días previo al egreso domiciliario. Desarrolló infección por CMV que se trató. Actualmente libre de enfermedad (AFP 0.9) a 48 meses del trasplante y en seguimiento por oncología pediátrica y trasplantes. El segundo paciente femenino de 18 meses de edad se

realizó BAAF con histopatología variedad epitelial con componente embrionario, con AFP de 121000ng/dl al diagnóstico, recibió 5 cursos de quimioterapia sin respuesta significativa, en la evaluación POSTEXT IV, se sube a lista de trasplante hepático de donador vivo, recibió 2 cursos de quimioterapia adicional y se sometió a trasplante hepático de donador vivo relacionado, injerto del segmento lateral izquierdo, su estancia en terapia intensiva fue de 5 días y un total de 23 días previo al egreso domiciliario. Desarrolló colangitis y recibió antibiótico. Actualmente libre de enfermedad (AFP 2.9ng/dl) a 9 meses del trasplante. En seguimiento por oncología pediátrica y trasplantes.

DISCUSIÓN. El trasplante hepático es la opción curativa para pacientes con tumores irreseccables de acuerdo a la bibliografía. A los 2 casos reportados se les sometió a un régimen de quimioterapia por riesgo al diagnóstico y al obtener el POSTEXT fueron sesionados por el comité interno de trasplantes, que decidió enlistar a los pacientes seleccionando el injerto apropiado en base a las condiciones de los pacientes. En la mayoría de los consensos no son recomendadas es por lo que en nuestra unidad se evita realizar resecciones hepáticas amplias que pongan en riesgo la suficiencia del hígado y con esto evitar mayor mortalidad. Se debe destacar el seguimiento estrecho que requieren antes, durante y posterior al trasplante además del seguimiento oncológico y por el grupo multidisciplinario de trasplantes. Nuestros pacientes se encuentran actualmente libres de enfermedad una de ellas a 4 años y otra en sus primeros 9 meses, con muy buena calidad de vida.

CONCLUSIÓN. Nosotros sugerimos que los pacientes con hepatoblastoma deben ser tratados en un centro con experiencia quirúrgica en resecciones hepáticas mayores y en trasplante hepático, con la finalidad de otorgar el tratamiento lo más oportuno posible.

MALFORMACIÓN QUÍSTICA DE LA VÍA BILIAR: MANEJO Y CONDUCTA ACTUAL EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PRENATAL.

Autor: Héctor Pérez Lorenzana
Coautores: Diego Alberto Millán Rubio, Alfredo Cornejo Manzano, Laura Cecilia Cisneros Gasca, Cristo Neftaly Pérez Lemus
Ponente: Diego Alberto Millán Rubio
Institución: UMAE Hospital General Del Centro Médico Nacional “La Raza”.

INTRODUCCIÓN: Dentro del espectro de malformaciones quística congénita de la vía biliar (MQVB), el quiste de colédoco (QC) es la más frecuente, caracterizada por dilatación del conducto biliar común. Las complicaciones por retraso del tratamiento son la colangitis recurrente, coledocolitiasis, pancreatitis, cirrosis hepática, hipertensión portal e incluso transformación maligna. La detección del QC se ha incrementado en los últimos 10 años debido a los avances en los estudios de imagen que permiten realizar un tratamiento oportuno. El diagnóstico prenatal permite un abordaje terapéutico precoz, evitando las complicaciones y mejora el pronóstico de estos pacientes.

OBJETIVO: Describir evolución y manejo de pacientes con diagnóstico prenatal de MQVB tratados en la clínica de hígado y vía biliar de un hospital de 3er nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en el periodo comprendido entre 2007 y 2023, realizando revisión de expedientes clínicos de pacientes tratados con diagnóstico prenatal de MQVB. Registrando hallazgos radiológicos, evolución, edad a la operación, técnica quirúrgica empleada, complicaciones y seguimiento. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central. En este estudio no existe conflicto de interés entre los autores.

RESULTADOS: En el periodo de estudio 16 años se trataron un total de 74 pacientes con MQVB, de los cuales 4 pacientes tuvieron el diagnóstico prenatal corroborándose en el primer mes de vida el diagnóstico como probable QC por ultrasonido y tomografía. Predominó el sexo masculino con el 75% de los casos y solo el 25% para el sexo femenino. Se les realizó Hepático-yeyuno anastomosis (HY) en 1 de los casos y hepático duodeno anastomosis (HD) 3, el último de ellos apoyado con fluorescencia. La edad promedio al momento de la cirugía fue de 3 meses. Todos Los casos fueron QC Todani I, el tiempo quirúrgico promedio HD 200min, y 260 min para HY. Estancia hospitalaria HD fue de 6 días y para HY de 9 días. El inicio de vía oral a los 3 días en HD y a los 5 días en HY. De los 4 pacientes, el 50% de los casos se resolvió por técnica laparoscópica y la otra mitad por técnica abierta No se

reportaron complicaciones trans quirúrgicas. Ninguno de los pacientes requirió manejo de terapia intensiva o ventilación mecánica después de la cirugía. El seguimiento se ha realizado en uno de los pacientes durante 17 años (HY) y en los otros 3 pacientes (HD) durante un lapso promedio de 2 años sin presentar ninguna complicación. Los 4 pacientes cuentan con reporte histopatológico que confirma QC, libre de malignidad y la biopsia hepática sin datos de fibrosis o cirrosis.

DISCUSIÓN: Diversas publicaciones han demostrado que el daño hepático puede estar presente hasta en un 75% de los pacientes con QC al momento del diagnóstico y que la tasa de complicaciones tempranas y tardías es mayor en pacientes en los que se retrasa la cirugía; sin embargo reportes actuales demuestran la seguridad de la cirugía en etapas tempranas, con la consigna de que operarlos en el periodo neonatal implica mayor riesgo de complicaciones trans quirúrgicas y una tasa de conversión de un 30% cuando son abordados por laparoscopia (Kowalski). El tratamiento de los recién nacidos con diagnóstico pre-natal de MQVB sobre todo aquellos asintomáticos sigue siendo un punto de discusión cual es el mejor momento para la intervención quirúrgica. Los últimos estudios están enfocados en determinar cuál es el mejor momento ideal para operar un paciente con diagnóstico prenatal de MQVB asintomático (Ryu), en nuestra serie esperar un lapso de 2 a 4 meses permitió la resección del QC en forma segura, sin complicaciones por retraso del manejo quirúrgico, sin necesidad de soporte ventilatorio, nutrición parenteral o estancias prolongadas. Y en los últimos 2 casos la escisión laparoscópica del QC fue una alternativa con las ventajas de la mínima invasión ya conocidas, sin complicaciones postoperatorias como lo concluyen otras series (Sun).

CONCLUSIÓN: El diagnóstico prenatal de MQVB de nuestra serie permitió un tratamiento quirúrgico planificado en etapa de lactante libre de complicaciones por el manejo diferido, con una mejor evolución post-operatoria en especial de los tratados por mínima invasión.

ABORDAJE Y MANEJO DE TRAUMA PEDIÁTRICO EN HOSPITAL DE GUADALAJARA.

Autor: David Giovanni Morales Iriarte
Coautores: Marijose Gonzales C, Jaime Orozco Pérez,
 José Antonio Gutiérrez, Sergio Adrián Trujillo Ponce
Ponente: David Giovanni Morales Iriarte
Institución: Hospital Civil De Guadalajara, Fray Antonio Alcalde.

INTRODUCCIÓN. Los accidentes representan una importante causa de morbimortalidad en la población, particularmente afectando a la población pediátrica, por lo que se vuelve un problema de salud pública mundial. El presente estudio tiene como finalidad establecer la experiencia en la atención de trauma pediátrico en el hospital civil de Guadalajara.

OBJETIVO. Evaluar la experiencia en el abordaje del paciente politraumatizado pediátrico y correlacionar la mortalidad con el índice de trauma pediátrico (ITP).

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional retrospectivo de 5 años de pacientes con antecedentes de politrauma, a quienes se les evaluaron las variables de edad, sexo, estancia hospitalaria, mecanismos de lesión, índice de trauma, secuelas y mortalidad, cuyos resultados fueron evaluados con medidas de tendencia central y correlación de las variables ITP y mortalidad.

RESULTADOS. Se atendieron 220 pacientes en un periodo de 42 meses. El 67% correspondió al sexo masculino, del grupo etario de escolares en un 50%, el mecanismo de lesión que más se presentó fue el atropellamiento y la colisión de vehículo automotor 40%, con lesiones contusas en el 79%. En cuanto a región anatómica: el tórax 42%, abdomen 38%, cuello 5%, pelvis y huesos largos 10%. La mortalidad fue de 6% y su correlación fue mayor para ITP menor de 6 con un 92% sobre éste parámetro, mientras ITP mayor de 8, sin mortalidad.

DISCUSION. Tomando en cuenta que los accidentes constituyen una importante causa de morbimortalidad, que pueden conllevar a consecuencias mortales, es importante analizar el comportamiento y abordaje en nuestro medio. De forma general en nuestro estudio y respecto a la literatura internacional, encontramos similitud estadística. El porcentaje de mortalidad de nuestro estudio comprendió el 6.5 %, se debe tomar en cuenta que no somos el úni-

co hospital de referencia y que no todos los pacientes reciben atención inicial en este centro, lo que nos coloca por debajo de las estadísticas nacionales y mundiales.

CONCLUSIONES. El tratamiento y manejo de los pacientes pediátricos con politrauma representa un importante gasto para los sistemas de salud, la implementación de estrategias de prevención es mandatoria y necesaria su divulgación para la educación continua de la población. De forma general en nuestro estudio y respecto a la literatura internacional, encontramos similitud estadística. La vía pública se identificó como el principal escenario donde ocurren este tipo de accidentes. La mortalidad fue del 6%, en comparación al 15% reportado en la literatura mundial, el ITP menor de 6 demostró su mayor correlación.

TRASCENDENCIA. El presente estudio tiene como finalidad establecer la experiencia en la atención de trauma pediátrico. Considerando estos datos, se puede incitar a la implementación de estrategias de prevención y concientización en nuestro medio. Para así no solo reducir los costos en salud pública, si no también evitar situaciones que pongan en riesgo la vida de nuestra infancia y las consecuencias que conllevan en el núcleo familiar.

DRENAJE TRANSPARIETO-HEPÁTICO INTRAOPERATORIO, UNA TÉCNICA DE SALVAMENTO EN CASO DEHISCENCIA DE HEPÁTICO-YEYUNO ANASTOMOSIS. CASO ÚNICO Y EXITOSO EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA EN MÉXICO.

Autor: Joel Cazares Rangel
Coautores: Jorge A. Cantú Reyes, Miguel A. Torres Salas, Marbella Sepúlveda Valenzuela, Iván Enrique Hernández Flores
Ponente: Iván Enrique Hernández Flores
Institución: Hospital Regional Materno Infantil.

OBJETIVO: Presentar el primer caso tratado exitosamente de una dehiscencia total de hepático-yeyuno anastomosis (HYA) y fuga biliar en un paciente operado previamente de quiste de colédoco. Se trata de masculino de 6 meses de vida que acude a urgencias por presentar distensión, dolor abdominal y vómitos de 4 días de evolución; con datos de compromiso hemodinámico y ventilatorio. Abdomen distendido, tenso, con signo de Grey-Turner y Cullen. Ultrasonido FAST encuentra líquido libre por lo que se realiza laparotomía exploradora (LAPE) urgente encontrándose: 400 ml de bilis en cavidad, quiste de colédoco tipo 1 perforado íntimamente adherido a la vena porta y arteria hepática.

Se resecó el quiste completamente y una HYA con Roux-en-Y a 20 cm del ángulo de Treitz; lavado de cavidad con colocación de drenaje. En el postquirúrgico inmediato se mantiene bajo ventilación mecánica, con apoyo aminérgico; 24 horas después presenta síndrome compartimental abdominal, por lo que se coloca Bolsa de Bogotá (BB) mejorando sus condiciones. Al 5o día postoperatorio presenta fuga biliar a través de la BB. Persiste deterioro y al 7o día postquirúrgico se realiza LAPE y retiro de BB, encontrando dehiscencia total de HYA y erosión de vía biliar remanente, por lo que una vez lavada la cavidad y corroborar la vitalidad de la Roux-en-Y, se decide colocar un drenaje transparieto-hepático, consistiendo en introducción de guiador semirrígido 4fr a través del hepático derecho en el Porta hepatitis, canulando el trayecto del segmento 8.

La punta roma del guiador se conduce suavemente hacia la superficie del hígado para que la mano izquierda del cirujano se coloque sobre la superficie superior del hígado derecho y pueda sentirlo claramente dentro de la glándula.

Al empujar el guiador se perfora la pared biliar, el parénquima hepático y la cápsula de Glisson. La punta del guiador sale del hígado entre los dedos índice y medio del cirujano.

Se inserta un catéter de derivación fenestrado transparietalmente a nivel del reborde costal inferior derecho, de manera que se ingresa al área hepática, conectándose con el guiador y quedando transhepático con salida en el porta hepatitis al retirar el guiador de forma retrógrada. La punta del catéter se introduce a través de una enterotomía en una nueva asa yeyunal y se realiza la cara posterior de la portoenteroanastomosis con PDS, se cerciora que las fenestraciones del drenaje estén en el árbol biliar y dentro del asa yeyunal para evitar fuga, se finaliza la cara anterior de la anastomosis y la cirugía. En días posteriores presenta una evolución adecuada, extubándose al 14o día, inicio de vía enteral al 19o y su egreso al 26o día, continuando su seguimiento satisfactorio por la consulta externa, se retira el drenaje al día 64o día bajo fluoroscopia contrastada y actualmente se encuentra asintomático y sin eventualidades.

DISCUSIÓN. La literatura demuestra que las reoperaciones de la vía biliar tienen una alta tasa de morbilidad y una mortalidad desde 0% hasta un 16%. El drenaje transparieto-hepático intraoperatorio es una técnica descrita en 2004 por Salizzoni y cols. diseñada como procedimiento de salvamento en pacientes adultos con complicaciones postquirúrgicas de la vía biliar en donde se necesite el aislar la anastomosis del flujo biliar; sin embargo, existe poca experiencia en pacientes pediátricos, por lo que este caso representa la apertura a una nueva posibilidad técnica en el manejo de las complicaciones severas de la vía biliar. En nuestro caso, se realizaron pequeñas modificaciones a la técnica como el guiador y el tipo de catéter, resolviendo la complicación y permitiendo una portoenteroanastomosis adecuada así como derivar el flujo biliar y teniendo un subsecuente acceso radiológico.

Reportamos el primer caso pediátrico en México tratado exitosamente con esta técnica.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DIFÍCIL EN PEDIATRÍA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL .

Autor: Alfredo Cornejo Manzano
Coautores: Héctor Pérez Lorenzana, Cristo Neftaly Pérez Lemus,
Daniel Flores Sorcia, María Dolores Ortiz Hernández
Ponente: María Dolores Ortiz Hernández
Institución: UMAE Hospital General Del Centro Médico Nacional “La Raza”.

INTRODUCCIÓN: La litiasis vesicular es una enfermedad cuya incidencia ha incrementado en la población pediátrica por lo que la colecistectomía laparoscópica (CL) se ha convertido en una de las cirugías más frecuentes, sin embargo, del 15 al 26% son consideradas complicadas. La colecistectomía laparoscópica difícil (CLD) se refiere a las condiciones que no permiten la disección quirúrgica de la vesícula de forma fácil, rápida y segura, traduciéndose en un tiempo quirúrgico prolongado con incremento del riesgo de complicaciones trans y postoperatorias. **OBJETIVO:** identificar las características pre y transoperatorias de los pacientes sometidos a CL que se asociaron a procedimiento difícil en un hospital de tercer nivel. Se declara no existe conflicto de interés entre los autores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Es un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo, en el cual se consideraron los casos de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica difícil en un periodo comprendido de 2019 a 2023.

RESULTADOS: En este periodo se realizaron 281 CL, de los cuales sólo 44 (15%) fueron consideradas difíciles de estas se presentaron predominantemente en mujeres con una relación mujer: hombre de 5:1, con una mediana de edad 15.5 años, el 60% (26) presentaban obesidad o sobrepeso; 45% (20) tuvieron antecedente de pancreatitis aguda de origen biliar. El 72% (32) tuvieron previamente más de un cuadro de dolor abdominal, 42% (13) presentaron ictericia, el 36% (16) cursó con leucocitosis. En el ultrasonido se observó en el 26% (12) pared vesicular mayor de 4mm que se correlaciona con los hallazgos intraoperatorios. El 48% (21) reportaron un colédoco mayor de 6mm de diámetro y el 41% (18) coledocolitiasis confirmada por colangiorensonancia y resuelta por colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) excepto en una que se resolvió transoperatoriamente. Entre los hallazgos intraoperatorios podemos observar que las adherencias (34%), el engrosamiento de pared de la vesícula biliar (64%) y la presencia de hidrocolecisto (24%) fueron las características más frecuentes de una CLD.

En 6 pacientes se realizó colangiografía transoperatoria, el tiempo quirúrgico promedio fue de 97min y el sangrado transoperatorio promedio fue de 35ml, solo uno requirió transfusión sanguínea; en el 50% (22) se utilizó drenaje y el tiempo promedio de estancia intrahospitalaria fue de 3.5 días; en todos se confirmó el diagnóstico por patología de colecistitis crónica litiasica. En solo 5 pacientes de las CLD (9%) presentaron complicaciones graves intra o postoperatorias: 4 con lesión de vía biliar: una advertida resuelta en mismo tiempo quirúrgico con anastomosis termino terminal de colédoco, 2 pacientes con fistula biliar (una requirió colocación de Stent por CPRE y otra resolvió con manejo conservador pero a largo plazo derivó en estenosis de hepático común); la cuarta operada en otra unidad y referida por sección de colédoco que se resolvió con derivación biliodigestiva; y el quinto paciente con sangrado postquirúrgico de la arteria cística. No se registró ninguna conversión a cirugía abierta en esta serie.

DISCUSIÓN: En la literatura se describen los pasos para una colecistectomía laparoscópica segura en adultos reportando algunos factores de riesgo para considerar un procedimiento difícil, de los cuales algunos se observaron en nuestra población y que podemos describir se presentaron con una incidencia alta en este estudio: el sobrepeso, antecedente de pancreatitis, engrosamiento de la pared vesicular, hidrocolecisto y la coledocolitiasis que hacen más difícil obtener una visión crítica de seguridad e incrementa la posibilidad de lesiones inadvertidas. En nuestro estudio tuvimos menos 9% (5 pacientes) de complicaciones mayores de los cuales 4 se resolvieron en forma satisfactoria.

CONCLUSIONES: Actualmente identificamos más pacientes con características similares a los adultos, por lo que es más común enfrentarnos a un escenario de una colecistectomía laparoscópica difícil; el considerar los factores de mayor frecuencia pre e intraoperatorios identificados en nuestra serie pueden ayudar a predecir una CLD y ser de utilidad para tomar precauciones necesarias y prevenir complicaciones mayores.

BENEFICIOS DE UNA ESTRATEGIA DE INMUNOSUPRESIÓN MÍNIMA EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO. EN LA CONQUISTA DE TOLERANCIA OPERACIONAL.

Autor: Jorge Arroyo Orvañanos
Coautores: Rosa Erro Aboytía , José Alejandro Hernández Plata, Jaime Nieto Zermeño, Gustavo Varela Fascinetto
Ponente: Jorge Arroyo Orvañanos
Institución: Hospital Infantil De México “Dr. Federico Gómez”

INTRODUCCIÓN: El Trasplante Hepático (TH) es el tratamiento más eficaz para las hepatopatías terminales. La Inmunosupresión (IS) requerida para prevenir el rechazo y prolongar la vida del injerto conlleva costos elevados y efectos adversos graves, especialmente en niños. Históricamente se ha buscado lograr un estado de "Tolerancia Operacional" (TO), en el que el receptor acepte el injerto sin necesidad de IS. Se desconocen las variables detrás de este estado. El objetivo de este estudio es presentar los beneficios de una estrategia de IS mínima en el TH pediátrico para inducir TO.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, comparativo, de una cohorte de receptores de TH pediátrico. Se incluyeron los TH realizados en un solo centro, de 1998-2022, con sobrevida postTH >1 año y expediente completo. Nuestra estrategia contempla manejar siempre la IS mas baja posible y no incrementar la dosis ponderal conforme los pacientes crecen, independientemente del nivel. El estado de IS se definió como: IS habitual (> de 1 fármaco o nivel de Tacrolimus >5ng/dL), IS mínima (monoterapia con Tacrolimus, nivel <5ng/dL) y TO (sin IS por más de un año, con PFH normales). El estado de IS de cada paciente se evaluó a los 3m, 1-3-5-7-9-11-13-15-20 años postTH. Para el análisis comparativo, se formaron 2 grupos. En un grupo los pacientes con IS habitual (ISH) y en otro grupo los pacientes con IS mínima y TO (ISM/TO). Se realizó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central y desviaciones estándar para variables cuantitativas y frecuencias relativas para las variables cualitativas. Se evaluaron asociaciones entre variables categóricas mediante chi-cuadrada y prueba t student para variables continuas.

RESULTADOS: Se analizaron 125 TH con seguimiento promedio de 9.6 años (1-24). A lo largo del seguimiento, la proporción de pacientes con ISM se incrementó de manera progresiva de 0% a 55.5% y la TO de 0 a 33.4%, de tal forma que a los 20 años postTH el 89% de los pacientes se encuentran en el grupo ISM/TO. El estado de TO se logró en 6 pacientes (4.8%), 3 de ellos por neoplasias, 2 de manera programada y 1 por mal apego asociado a embarazos.

La dosis media de Tacrolimus disminuyó de 0.23 mg/Kg/d a los 3 meses, hasta 0.02 mg/Kg/d a los 20 años postTH. Al comparar los grupos ISM/TO vs ISH a los 3 años postTH, los pacientes con ISM/TO eran más jóvenes y con peso menor al momento del TH (5.3 años DE 3 vs 7.3 años DE 5, $p=0.009$) y (15.9 Kg DE 8.2 vs 22 Kg DE 14, $p=0.006$). Esta observación se repitió a los 5 y 9 años postTH.

A partir del quinto año postTH, la incidencia de rechazo y mal apego al tratamiento fue significativamente mayor en los pacientes con ISH. A 5 años postTH, la TFG fue menor en los pacientes con ISH vs ISM/TO (TFG 92.5 ml/min/1.73 [DE 39.6] vs 113.6 ml/min/1.73 [DE 53], $p=0.02$) y a los 9 años (TFG 82.0 ml/min/1.73 [DE 37.5] vs 101.6 ml/min/1.73 [DE 24], $p=0.045$). La HAS fue más frecuente en los pacientes con ISH vs ISM/TO a largo plazo: 41.7% vs 5% a los 13 años ($p=0.047$) y 50% vs 5.9% a los 15 años ($p=0.01$).

Existió una mayor proporción de pacientes femeninos en el grupo de ISM/TO vs ISH (71.4% vs 33% a 13 años postTH, $p=0.03$) y (76.5% vs 12.5% a 15 años postTH, $p=0.003$).

DISCUSIÓN: Al no incrementar la dosis ponderal de IS a lo largo del seguimiento, logramos que un alto porcentaje de nuestros receptores desarrollaran un estado de ISM/TO y se disminuyeran los efectos adversos de la IS. En nuestra serie, el 4.8% de los pacientes han alcanzado la TO, considerado el santo grial de los trasplantes. Esto se compara favorablemente a los hallazgos del estudio de Feng et al, donde el 1.3% de los pacientes presentaron TO.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados demuestran que esta estrategia de IS permite que el 89% de los pacientes alcancen un estado de ISM/TO a largo plazo y disminuye de manera significativa los efectos adversos de la IS. Las características asociadas al desarrollo exitoso de ISM/TO fueron una menor edad y peso al momento del TH, un mejor apego al tratamiento, menos rechazo del injerto y receptores de sexo femenino. Basados en estos hallazgos, el siguiente paso será iniciar el retiro programado de la IS en pacientes seleccionados.

TIFLITIS POR ANGIOSTRONGYLUS COSTARICENSIS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE APENDICITIS AGUDA.

Autor: Pastora Xiomara Hernández Enríquez
Coautores: Giovanni Marie Aguilar, Alex Milán Gómez,
Luis Gerardo Padilla, Norma Oviedo
Ponente: Pastora Xiomara Hernández Enríquez
Institución: Hospital Mario Catarino Rivas.

RESUMEN: El objetivo es identificar la presentación clínica, diagnóstico y el tratamiento de las parasitosis intestinales que simulan una apendicitis. En Honduras, la prevalencia de la parasitosis intestinal supera el 70%, en la zona sur del país es donde mayormente se han reportado casos de angiostrongilosis abdominal, siendo la zona noroccidental la menos afectada.

El cuadro clínico típico es de dolor abdominal, localizado en fosa iliaca derecha (FID), por lo que fácilmente se confunde con apendicitis. Dicho esto, el diagnóstico diferencial se convierte en un reto, ya que también en estudios de imagen se describen datos sobre un apéndice inflamado y adenopatías, hasta la fecha no se cuentan con pruebas serológicas en la región, por lo tanto, el diagnóstico final se realiza en el postoperatorio al obtener el análisis histopatológico. Se presentan dos casos clínicos para ilustrar estas condiciones.

En el primer caso, se trata de una niña preescolar, con dolor abdominal en FID y fiebre, con signos de McBurney y Blumberg positivos; los exámenes laboratoriales presentaron leucocitosis, neutrofilia y eosinofilia.

En el segundo caso, un adolescente masculino, acude por presentar dolor abdominal en FID, fiebre, náuseas y vómitos; al examen físico con datos de abdomen agudo; en la biometría hemática se detecta leucocitosis, neutrofilia y eosinofilia.

En ambos casos se realiza diagnóstico de apendicitis aguda, y se ingresan a sala de operaciones. Se encontró en ambos masa inflamatoria en ciego, con apariencia acartonada y pálida; y el apéndice cecal congestivo (por contigüidad), también acartonado y pálido.

El análisis histopatológico en ambos casos reveló la presencia del parásito *Angiostrongylus costaricensis*, en los vasos capilares, dilatación de estos, trombosis, resultando en necrosis de la pared y apendicitis eosinofílica severa.

DISCUSIÓN: La angiostrongilosis abdominal puede cursar con hallazgos clínicos y laboratorio de un proceso inflamatorio agudo y crónico, es difícil encontrar huevos o parásitos en exámenes de heces, en Guatemala, El Salvador y Costa Rica se hace uso de pruebas serológicas como ELISA para detectar dicho patógeno, realizando el respectivo diagnóstico y tratando dicha patología con albendazol y mebendazol; obteniendo la resolución del cuadro abdominal sin intervención quirúrgica (1–5).

APENDICETOMÍA LAPAROSCÓPICA SIN SUTURA (SUTURELESS)

Autor: Ricardo Alba Palacios
Coautores: Ximena María José Velázquez Rodríguez, Karla Margarita Ibáñez Peña, Aimee Fernanda Barquín Lizárraga
Ponente: Ricardo Alba Palacios
Institución: IMSS HGR1 Cuernavaca / Hospital Del Niño Morelense.

INTRODUCCIÓN: La apendicectomía laparoscópica ha estado durante mucho tiempo en el proceso de reemplazar a la apendicectomía abierta debido a una mejor cicatrización de heridas, mejor apariencia estética, menos dolor y menos adherencias postoperatorias. Aunque existen muchos métodos para ligar el muñón del apéndice, los estudios sobre métodos de coagulación basados en energía han despertado un gran interés en los últimos años.

El objetivo fue comparar el uso del sellado apendicular con dispositivo de energía VOYANT™ y la ligadura del muñón apendicular mediante endoloop con respecto a la duración de la cirugía, la duración de la estancia hospitalaria y las complicaciones en las apendicectomías laparoscópicas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se analizaron retrospectivamente un total de 94 pacientes menores de 18 años que se sometieron a apendicectomía laparoscópica en nuestra clínica entre enero de 2018 y enero de 2023. Los pacientes con apendicitis perforada fueron excluidos del estudio. Los pacientes se dividieron en dos grupos ya que el muñón del apéndice se ligó con endoloop (Grupo 1) y se selló con VOYANT™ (Grupo 2). Se registraron las características demográficas de los pacientes, la duración de la cirugía, la estancia hospitalaria y las complicaciones. Contamos con la autorización del comité de bioética de la institución.

RESULTADOS: De los 94 pacientes que se incluyeron en el estudio, el Grupo 1 consistió en pacientes que usaron endoloop (n = 47) y el Grupo 2 comprendió pacientes que usaron VOYANT™ (n = 47). No hubo diferencia significativa entre los Grupos 1 y 2 en términos de edad y duración de la estancia hospitalaria (P = 0,126 y P = 0,784, respectivamente); sin embargo, se encontró que el tiempo de operación fue significativamente más corto en el Grupo 2 (P < 0,001).

DISCUSIÓN: Las ventajas de realizar apendicectomías laparoscópicas con mayor seguridad y eficacia siempre deben ser valoradas en beneficio de la atención pediátrica.

CONCLUSIÓN: El uso de dispositivos de energía como VOYANT™ es un método seguro y rápido para sellar el mesoapéndice y muñón apendicular en la apendicectomía laparoscópica pediátrica. Creemos que se encontrarán menos complicaciones de infección debido a la fuga del muñón y el derrame intraabdominal.

MICROGASTRIA ASOCIADA A ESTENOSIS GASTROESOFÁGICA CONGÉNITA, REVISIÓN DE BIBLIOGRAFÍA Y REPORTE DE CASO .

Autor: Rafael Martín Quintanar González
Coautores: Nayely Carrillo Ibarra, Edgar Oliver García , Sarahí Cruz Cortes, María Antonia Julián Núñez
Ponente: Rafael Martín Quintanar González
Institución: UMAE Hospital De Pediatría Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.

CASO CLÍNICO: La microgastria es una entidad poco descrita, con incidencia baja, mayormente asociada a isomerismo, patología esplénica o cardiovascular, se encuentran algunos reportes asociados a fistula traqueoesofágica, no es frecuente la asociación con estenosis esofágica pura, en nuestro país no se reportan casos con esta relación, es por eso que resulta importante la revisión del tratamiento como contribución a la literatura.

Como antecedentes, apgar 5/9, neumonía congénita, de 39 semanas de gestación, con peso al nacimiento de 2.5kg y talla: 51cm, permaneció internado por 1 mes por SDR.

Padecimiento actual: en el primer mes es alimentado con sonda orogástrica en infusión con incrementos progresivos, presento eventos de regurgitación y vómito que ameritaron cambios en las fórmulas lácteas, hasta terminar con dieta semielemental.

Recibió tratamiento con antiácido y procinético ante la sospecha de reflujo gastroesofágico por varios meses. Al inicio de ablactación incrementa la presencia de vómitos, siendo postprandiales, los cuales cada vez se hicieron más frecuentes, acude a múltiples consultas médicas donde se intentan diversas modalidades de tratamiento. A los 11 meses al notar falla de medro y retraso psicomotor es revalorado, donde se solicita serie esofagogastroduodenal, donde se aprecia dilatación del esófago, microgastria, se aprecia paso del contraste a duodeno.

A nuestra unidad llega con 1 año de edad con Peso: 6.200kg Talla: 79 emaciado, sin lograr sedestación. Se decide iniciar NPT prequirúrgica por 14 días.

Se realiza intervención quirúrgica como hallazgos estenosis esofagogástrica, se corrobora microgastria, se decide subir un asa de yeyuno 40cm, se emplea la misma asa para hacer un parche de la unión esofagogástrica, y a su vez como reservorio, anastomosis en Y roux convencional, continuidad hacia duodeno sin modificaciones.

Se dejó en ayuno por 8 días, se inició con formula al inicio en infusión y después en bolos con incrementos progresivos, se iniciaron papillas al día 14, continua nutrición parenteral en el postoperatorio por 12 días, evoluciono sin complicaciones quirúrgicas. Egresado a los 15 días de estancia intrahospitalaria. En la actualidad el paciente pesa: Talla: tolera 240cc de formula, se alimenta con dieta normal, no presenta reflujo gastroesofágico.

La microgastria congénita es muy rara, con menos de 100 casos informados en la literatura, a menudo asociado con otras anomalías, tales como: asplenia, malrotación intestinal, hernia diafragmática, anomalías cardiopulmonares, alteraciones renales, defectos de las extremidades y hendiduras laringotraqueobronquiales, lo que aumenta la sospecha clínica.

El tratamiento conservador referido es la alimentación a través de sondas de alimentación o yeyunostomía. La alimentación recomendada es en infusión continua con volúmenes menores a los correspondientes, aunque sin evidencia incrementó de las dimensiones gástricas, la tolerancia enteral se puede afectar, por lo que hay desnutrición y falla de medro, como en nuestro caso. El tratamiento quirúrgico, aunque complejo, recomendado es el reservorio Hunt – Lawrence, que consiste en crear un reservorio gástrico con un asa de yeyuno ascendida en Y de roux, con lo que la mayoría de los pacientes incrementan peso y talla, aunque el desarrollo puede llegar a afectarse.

En este caso destacamos la asociación de estenosis de la unión esofagogástrica con microgastria, que requirió modificación a la técnica, por lo que se utilizó la misma asa yeyunal como parche de la unión esofagogástrica y a su vez como reservorio gástrico, hasta ahora con buenos resultados, sin embargo y acorde a literatura, requerirá seguimiento a largo plazo.

MODIFICACIÓN DEL ÍNDICE DE REFLUJO, PUNTAJE DE BOIX OCHOA Y LA PRESIÓN MEDIA DE LA FUNDUPPLICATURA HIPOTENSA CON LA APLICACIÓN DE RADIOFRECUENCIA STRETTA EN PACIENTES CON ERGE REFRACTARIO: ESTUDIO PILOTO.

Autor: Francisco Alfonso Viveros Carreño
Coautores: Francisco Garibay González, Edgar López Virgen
Ponente: Francisco Alfonso Viveros Carreño
Institución: Hospital Central Militar / Hospital Militar De Especialidades De La Mujer Y Neonatología.

INTRODUCCIÓN: Si el tratamiento médico y conservador fallan para controlar la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), lo que sigue es trabajarla a través de la cirugía antirreflujo cuya tasa de éxito es inicialmente alta, sin embargo, hay recurrencia de la ERGE en algunos pacientes en un 15% a 45%. Las reoperaciones para estos pacientes son técnicamente difíciles con una tasa de falla del 25%. El procedimiento de Stretta es una técnica antirreflujo vía endoscópica, que utiliza la energía de radiofrecuencia (RF) aplicada al esfínter esofágico inferior (EEI). Hay dos modelos del mecanismo de acción de la RF, uno de lesión térmica que provoca la contracción del colágeno intramuscular o el modelo neurogénico donde la RF extirpa las células de Cajal. Islam y et al (2004), describieron el uso de Stretta en niños como un medio para tratar la recurrencia de ERGE después de la funduplicatura. Liu y et al (2005), publicaron un estudio retrospectivo de 8 pacientes a quienes se les aplicó Stretta. El planteamiento del problema del estudio piloto radica en la posibilidad de aumentar la presión media de la funduplicatura (PMF) para disminuir el puntaje de Boix Ochoa (BO) y el índice de reflujo (IR) aplicando RF en pacientes con ERGE refractario. El objetivo general es materializar la aplicación de RF en pacientes con funduplicatura hipotensa que condiciona IR y puntajes de BO elevados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, una cohorte, observacional y controlado; se revisaron expedientes de 5 pacientes, dos hombres y tres mujeres; se excluye a una mujer de 8 años; en total 4 pacientes con funduplicatura fallida hipotensa y reactivación de ERGE refractaria. Cálculo de la muestra fue por conveniencia; el estudio fue aprobado por el comité de bioética. Variables: PMF, IR y puntaje BO pre Stretta; PMF, IR y puntaje BO post Stretta; edad, género y tipo de funduplicatura (TF). De 4 solo a dos se les aplicó RF Stretta en la unidad de endoscopia pediátrica bajo anestesia general con intubación. Los datos fueron sometidos a prueba de normalidad por Shapiro Wilk, a análisis de frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y de inferencia con las pruebas exacta de Fisher, U de Mann-Whitney y de Wilcoxon. Un p valor < 0.05 es significativo.

RESULTADOS: La edad fue de 13.25 ± 0.957 años; tres pacientes tenían una funduplicatura previa de 360° (75%) y uno de 270° (25%). La PMF pre Stretta fue de 5.0 ± 2.67 mmHg con mediana de 6.2 mm Hg; el IR pre Stretta de 26.17 % y una mediana de 3.4 %; el puntaje BO pre Stretta con media de 70.72 puntos y mediana de 22.3 puntos. Posterior a la aplicación de RF, la PMF fue de 7.95 ± 0.2121 mmHg con mediana de 7.9 mm Hg; el IR de 0.25 ± 0.07071 % con mediana de 0.25 %; el puntaje BO de 3.75 ± 0.9192 puntos y una mediana de 3.75 puntos. La asociación entre TF, PMF, IR y puntaje BO pre Stretta manifestó un valor de $p=0.250$. Al asociar las variables post Stretta y comparándolas con sus controles (no se les aplicó RF), se obtuvo un valor de $p=0.5$. La asociación entre la PMF pre Stretta con la PMF, IR y puntaje BO post Stretta, el valor de $p=0.09$ (unilateral); la asociación entre la PMF con el IR y el puntaje BO post Stretta, manifestó un valor $p=0.09$ (unilateral), que es mayor al establecido ($p < 0.05$). **DISCUSIÓN:** Islam et al (2004) y Liu et al (2005), trabajaron pacientes pediátricos con cirugía antirreflujo previa por presentar ERGE recurrente, a todos se les aplicó RF bajo anestesia general y concluyeron que puede utilizarse de forma segura y exitosa como ocurrió en nuestra investigación. Jackson (2012) y Rahman (2015), informan que el uso de Stretta se basa en una evidencia nivel III, y que la mayoría de los niños tienen mejoría de los síntomas de ERGE. Yeh y Triadafilopoulos (2005), reportaron que al aplicar la RF a 31 pacientes adultos, hubo disminución del IR y en el puntaje de Demeester, sin encontrar cambios significativos en la presión media del EEI; en nuestro estudio piloto el IR y el puntaje BO disminuyeron con la aplicación de Stretta siendo esto no significativo estadísticamente.

CONCLUSIONES: 1.-La aplicación de RF endoscópica es independiente del aumento en la presión media de la funduplicatura. 2.- La RF no se asocia diferente con la disminución en el puntaje de BO y en el IR en pacientes portadores de una funduplicatura hipotensa con clínica de ERGE refractario.

PRIMER CASO EN MÉXICO DE USO DE NEUMOPERITONEO PROGRESIVO PREQUIRÚRGICO Y TOXINA BOTULÍNICA PARA REPARACIÓN DE HERNIA VENTRAL CON PÉRDIDA DE DOMINIO

Autor: Mario Javier Peña García
Coautores: Alejandro Alberto Peñarrieta Daher, Cristian Zalles Vidal, Ricardo Reynoso González, Ivan Vladimir Medina López
Ponente: Mario Javier Peña García
Institución: Hospital Infantil De México "Federico Gómez".

CASO CLÍNICO: En la población pediátrica no existe ningún protocolo de manejo quirúrgico para pacientes con hernias ventrales con pérdida de dominio. Las estrategias utilizadas presentan diferentes complicaciones como el rechazo del material protésico, síndrome compartimental abdominal, fístulas enterocutaneas, recidiva de la hernia, por lo que es necesario la búsqueda de estrategias quirúrgicas alternas. Presentamos el caso de una paciente femenina de 5 años con antecedente de onfalocelo gigante tratado con epitelización del saco en periodo neonatal. Acude por hernia ventral con pérdida de dominio que involucra los músculos rectos y oblicuos hasta línea axilar anterior.

Tomografía de abdomen con defecto de pared de 95mm en diámetro transversal máximo en reposo y 98.3mm con maniobra de Valsalva con un volumen de 528cc, contiene segmentos hepáticos I, II, III, IVA, IVB y V de Couinaud.

Se somete a parálisis muscular con toxina botulínica (TB). Se aplican 3 dosis de toxina botulínica entre el músculo transversal y oblicuo interno y entre el oblicuo interno y el oblicuo externo guiado por ultrasonido en un intervalo de 3 meses. Un mes posterior a la última dosis de TB se inicia neumoperitoneo progresivo prequirúrgico (NPPP) con catéter peritoneal insuflando cada 24 hrs aire ambiente a dosis de 20mlkgdosis durante 6 días, total de 1800ml en cavidad, durante este periodo la paciente estuvo hospitalizada con monitorización continua, extubada y con alimentación enteral.

A los 7 días del inicio del NPPP, se realiza plastia de pared con incisión sobre línea media y disección del saco herniario de tejido celular subcutáneo de medial a lateral hasta identificar aponeurosis muscular, se libera aponeurosis de tejido celular subcutáneo, hasta línea axilar media, apertura del saco herniario, disección de adherencias pared-hígado y pared-estómago; reforzamiento de línea de tensión (RLT) con

PDS 1-0 y cierre de aponeurosis con surgete continuo anclado cada 4 puntos con PDS 1-0 sin tensión, se coloca drenaje cerrado con presión negativa en tejido celular subcutáneo y se afronta tejido celular subcutáneo con vicryl 3-0, y piel con monocryl 4-0 subdérmico. No fue necesaria la colocación de material protésico (malla) ni separación de componentes para realizar la plastia abdominal.

Posterior a la cirugía permanece bajo sedación por lo que ingresa a terapia intensiva quirúrgica, permanece con evolución favorable por lo que se extuba a las 36 horas, se inicia vía oral a las 72 horas con adecuada tolerancia. A los 7 días se retira drenaje percutáneo, egreso hospitalario a los 8 días posterior a la plastia de pared. Seguimiento de 6 meses con evolución favorable, resultado muy satisfactorio para la paciente y familiares.

Este es el primer caso reportado en México utilizando la estrategia combinada de TB y NPPP para el tratamiento de hernia ventral con pérdida de dominio en paciente pediátrico.

El resultado final fue la plastia abdominal sin tensión, sin uso de materiales protésicos, y sin complicaciones postquirúrgicas propias de la enfermedad o del procedimiento quirúrgico, con resultados muy satisfactorios.

Este caso demuestra que el manejo de hernia con pérdida de dominio en el adulto puede ser reproducible en la población pediátrica con hernias ventrales complejas.

“APENDICITIS DEL LACTANTE ¿DIAGNÓSTICO INFRECLENTE O INFRECLENTEMENTE DIAGNOSTICADA?, PRESENTACIÓN DE 3 CASOS” POSTERIOR ”.

Autor: Daniel Marco Hernández Portugal
Coautores: Jorge Enrique Samano Pozos, Isaias Gomez Barrera, Nancy Patricia López Llanes, Karla Paloma Campa Arvizu
Ponente: Daniel Marco Hernández Portugal
Institución: Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

INTRODUCCIÓN: La apendicitis neonatal y del lactante es difícil de diagnosticar, con una incidencia del 0.4% al 0.04%¹, y una mortalidad de hasta el 28%.² Se cree que se debe a la combinación de diversos factores (Inmadurez inmunitaria, retraso diagnóstico-terapéutico, perforación por fragilidad intestinal, entre otros). Puede simular otras patologías como enterocolitis necrosante, obstrucción intestinal y gastroenteritis.¹ Se han reportado hasta en un 50% en recién nacidos pretérmino.³ El 85% de los casos se diagnostican después de que se ha producido la perforación de la misma.¹ El síntoma clínico más frecuente es la distensión abdominal (75-89%), otros podrían ser: vómito, anorexia y datos de respuesta inflamatoria.²⁻³ La tasa de perforación es muy alta, la cual requiere manejo quirúrgico de urgencia y el pronóstico es bueno⁴, sin embargo, se deben descartar otras patologías (Hirschsprung).⁵

CASO 1: Masculino de 24 días de vida, producto de embarazo gemelas de 33.4 SDG por RCIU, alimentado desde el nacimiento con fórmula para prematuro, presenta hematoquecia, y distensión abdominal, doloroso en todos los cuadrantes, peristalsis ausente. Radiografía con edema inter asa y asas dilatadas. Se ingresa a quirófano encontrando líquido seropurulento, y apéndice cecal perforada en el tercio distal.

CASO 2: Femenino de 5 meses con presencia de picos febriles de hasta 38.5 °C, irritabilidad y evacuaciones disminuidas de consistencia, sin moco ni sangre, de 2 días de evolución. Se agrega vómito gastroalimentario por lo que acude a valoración. A la exploración con abdomen distendido y peristalsis ausente; se solicita radiografía de abdomen con presencia de asas intestinales desplazadas a la izquierda, así como ultrasonido abdominal con líquido libre en cavidad y ausencia de peristalsis, por lo que pasa a exploración quirúrgica encontrando apéndice retrocecal perforada en su tercio medio, apendicolito libre y líquido purulento en cavidad 30 ml.

CASO 3: Femenino de 1 año, 11 meses, quien inicia 5 días previos con fiebre de 39 °C, acude a valoración de pediatría con diagnóstico de gastroenteritis, medicado con paracetamol; se agrega vómito gastroalimentario en 5 ocasiones, acude a valoración encontrando leucocitos a expensas de neutrófilos, a la exploración física con datos de irritación peritoneal, se decide laparotomía exploradora encontrando líquido purulento, así como apéndice retrocecal, emplastonada, con perforación en su tercio medio.

Los 3 pacientes, se egresaron sin complicación

DISCUSIÓN: La relevancia de este reporte de casos estriba, en que si bien la apendicitis del neonato y lactante, tiene una baja incidencia, ante un abdomen agudo en pacientes de estos grupos de edad, es importante no pasar por alto la probabilidad de tratarse de una apendicitis, en general en la literatura se cuentan con poco más de 100 reportes en los últimos 100 años, por lo que aún se desconoce mucho sobre esta presentación.

INGESTA DE IMANES DE NEODIMIO, LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNOSTICO Y MANEJO OPORTUNO REPORTE DE 2 CASOS

Autor: Jesús Roberto Aguirre López
Coautores: Francisco Trinidad Alberto, Alberto Delgado Porras, Juan José García Villalobos, Francisco Jaime Torres Franco
Ponente: Francisco Trinidad Alberto
Institución: Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

INTRODUCCIÓN: En los últimos años ha aumentado la frecuencia de ingesta de cuerpos extraños, entre los que destacan por el riesgo y las complicaciones son las pilas de botón y los imanes. Este tipo de objetos pueden producir daño grave que, en ocasiones, requieren de manejo quirúrgico como en los siguientes casos presentados. Los imanes compuestos de neodimio, boro y hierro son más peligrosos, dado que son 10 veces más potentes que los imanes convencionales. Cuando ocurre ingestión de múltiples imanes, pueden separarse unos de otros y atraerse entre dos asas intestinales, lo que genera presión intensa, provocando isquemia, y, subsecuentemente, obstrucción, perforación, fístulas, vólvulos, infección, resección intestinal y hasta la muerte.

CASO 1: Se trata de paciente femenino de 2 años de edad, quien cursa con cuadro de dolor abdominal de 2 semanas de evolución, manejada por medio particular como infección de vías urinarias, presenta persistencia de sintomatología y se agrega hiporexia, se solicita radiografía de abdomen en donde se observan imágenes radiopacas múltiples bien delimitadas por lo que envía a esta unidad. Al presentar persistencia de dolor abdominal e hiporexia, aunado a los hallazgos radiográficos, se decide intervención quirúrgica encontrando sitio de perforación, 2 imanes intraluminales y 4 libres en cavidad realizándose resección y anastomosis, cursa con buena evolución postquirúrgica y se egresa sin eventualidades.

CASO 2: Paciente masculino de 5 años de edad que inicia su padecimiento actual 24 horas previas a su valoración con dolor abdominal en hemiaabdomen derecho acompañado de vomito gastroalimentario en múltiples ocasiones, antecedente de ingesta de 2 imanes previo a iniciar sintomatología, a su llegada a urgencias con datos de oclusión intestinal clínicos y radiográficos por lo que se decide laparotomía quirúrgica de urgencia, encontrando dos imanes en íleon, provocando sitio de perforación y adherencia de asas intestinales, se realiza reparación primaria de sitio de perforación, posteriormente cursa con buena evolución y se egresa del servicio.

DISCUSIÓN: En varios casos reportados en la literatura, se refiere que el accidente fue inadvertido por los padres y se llegó al diagnóstico cuando se presentaron por un cuadro de abdomen agudo. En comparación con la ingestión de un solo imán, la ingestión de varios imanes conlleva un alto riesgo de comprimir el suministro vascular a través de las asas intestinales debido a su atracción mutua que conduce a isquemia, necrosis tisular, perforación, formación de fístulas, obstrucción con peritonitis posterior y potencialmente la muerte si no se trata.

El reconocimiento temprano y manejo de la ingestión de imanes, reducirá significativamente la morbilidad y la mortalidad asociadas con este problema prevenible.

MANEJO DE PECTUS EXCAVATUM CON TÉCNICA DE NUSS EN NIÑOS DE LA REGION NOR-OCCIDENTE DE MÉXICO.

Autor: Gabriela Ambriz González
Coautores: Elizabeth Magaly Torres De Anda, Araceli Hernández Hernández
 Ishtar Cabrera Lozano, Francisco Javier Silva Rivera
Ponente: Ishtar Cabrera Lozano
Institución: UMAE Hospital De Pediatría Del C.M.N. De Occidente

INTRODUCCIÓN: El pectus excavatum (PE) es la malformación más común de la pared anterior del tórax, consiste en una depresión del esternón, asociado a una alteración de las articulaciones condroesternales inferiores. El tratamiento quirúrgico está indicado cuando dos o más de los siguientes hallazgos están presentes: hundimiento moderado a severo, progresión de la deformidad, índice de Haller en rango patológico (mayor a 3.2), compresión o desplazamiento cardíaco, compresión de la arteria pulmonar o vena cava, enfermedad pulmonar restrictiva, prolapso de válvula mitral y falla de una reparación previa de la deformidad. La técnica quirúrgica para su corrección de elección es la descrita por el Dr. Donald Nuss modificada.

OBJETIVO: Describir los resultados con la técnica de NUSS para la corrección del PE en niños en la región Nor-Occidente de México.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo de agosto del 2014 a mayo 2023 se incluyeron pacientes con diagnóstico de PE, sometidos a corrección quirúrgica con técnica de NUSS y toracoscopia. Se evaluó, edad, género, enfermedades acompañantes, índice de Haller en TAC de tórax, afección cardíaca, compromiso pulmonar. Se respetaron los aspectos éticos, estudio no recibió financiamiento externo.

RESULTADOS: Un total se incluyeron 82 pacientes de los cuales N= 60 fueron del género masculino y 22 del género femenino. El rango de edad fue de 8 a 17 años, edad promedio 13.9 (SD \pm 3.2). El Índice de Haller promedio fue de 5.65, (DS \pm 1.6). Un 35% (29 pacientes) demostraron tener algún grado de datos obstructivo a nivel pulmonar. En base a la evaluación cardíaca solo se reportaron alteraciones cardíacas en el 17% (14 pacientes). En un 12% (10 pacientes con antecedente de cirugía tórax previa) requirieron decorticación simultánea.

En total se han colocado 116 barras en promedio 1.4 por paciente con un rango de 1 a 2. La estancia intrahospitalaria promedio 3.8 días (promedio de 3- 17 días). Complicaciones: desplazamiento de la barra en 8 pacientes (10.25%) solo 1 requirió retirarla, granulomas en 6 pacientes (7.6%), neumonía en 3 pacientes (4%), exposición de la barra en 3 paciente (4%), rechazo por dolor en 1 pacientes que obligo el retiro de la misma (1.2%), desplazamiento columna en 1 paciente (1.2%) que obligo su retiro. Pericarditis y sangrado masivo en 1 paciente (1.2%), mortalidad del 0%. La duración de las barras fue de 1-40 meses (promedio 22 meses). Actualmente se ha retirado a 20 pacientes con resultados satisfactorios para el paciente.

DISCUSIÓN: La técnica quirúrgica de NUSS para corrección PE, puede presentar complicaciones tempranas, pues se realiza en un espacio anatómico en el que muchas estructuras nobles están en íntima relación. Las más frecuentes son: neumotórax, hemotórax, derrame pleural, pericarditis, infección de herida y neumonía.

CONCLUSIONES: La técnica de NUSS, no está exenta de complicaciones a pesar de ser una técnica mínimamente invasiva en comparación a otras técnicas descritas anteriormente. Por lo cual se deben tomar todas las medidas de seguridad para evitar estas como son: Uso de elevador externo, en lo posible evitar barras dentadas, utilizar las barras que sean necesarias en el sitio donde se necesiten y el uso de toracoscopia. La técnica de NUSS ha sido adecuada y segura para la corrección del PE en niños.

MANEJO DEL QUISTE BRONCOGÉNICO POR CIRUGIA DE MÍNIMA INVASIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Autor: Héctor Pérez Lorenzana
Coautores: Enrique Leal Cirerol, Efrén Delgado Mendoza, Laura Cecilia Cisneros Gasca, Cristo Neftally Pérez Lemus
Ponente: Efrén Delgado Mendoza
Institución: UMAE Hospital General Del Centro Médico Nacional “La Raza”

INTRODUCCIÓN: El quiste broncogénico (QBG) es una malformación congénita pulmonar rara con una incidencia de 1:68,000 personas, se desarrolla a partir de un brote anómalo del divertículo traqueal. Pueden presentar una evolución clínica asintomática, no obstante, el efecto de volumen de estas lesiones por debajo de la carina puede obstruir la vía aérea y poner en peligro la vida. El manejo convencional del QBG es la resección por toracotomía, aunque, en la última década la cirugía de mínima invasión (CMI) se ha recomendado para la resección del QBG. Este trabajo tiene el objetivo describir la presentación clínica, diagnóstico y manejo quirúrgico de mínima invasión del QBG en pacientes pediátricos en un hospital de tercer nivel. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de pacientes pediátricos con diagnóstico de QBG sometidos a CMI de Enero 2019 a Marzo 2023. Se realizó estadística descriptiva para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas. Este estudio cumplió con los requisitos del comité de ética, sin conflicto de interés por los autores.

RESULTADOS: Se identificaron 5 casos de QBG en niños, 1 caso con diagnóstico prenatal asintomático al nacimiento que presentó involución de la lesión pulmonar a 3 años. De los 4 pacientes sometidos a cirugía, 2 son hombres y 2 mujeres; con edad de 2 meses hasta 14 años. La manifestación clínica más frecuente fue la tos y dificultad respiratoria (75%), 1 paciente con dolor precordial y 1 con dificultad para la alimentación. Dentro del protocolo de estudio a todos los pacientes se les realizó tomografía de tórax, a 2 serie esófago gastroduodenal con obstrucción parcial esofágica y a 1 paciente broncoscopia pre quirúrgica. En nuestro estudio el 75% de los quistes broncogénicos se ubicaron en mediastino a nivel paratraqueal con una medida promedio de 3 cm de diámetro, se realizó resección del quiste por mínima invasión en todos los pacientes (2 derechos y 2 izquierdos); solamente en 1 caso se realizó broncoscopia trans operatoria sin evidencia de lesión. El tiempo quirúrgico promedio fue de 109 minutos, sin conversiones, a 3 pacientes se les colocó sonda pleural y 3 pacientes requirieron ventilación mecánica (0 a 14 días).

En el post quirúrgico 1 paciente presento dolor severo de acuerdo a la escala CRIES y 1 paciente falleció por perforación de la vía aérea secundario a barotrauma. Se confirmo el diagnóstico histopatológico de QBG en todos los pacientes, uno de ellos asociado otra malformación congénita de la vía aérea pulmonar (MCVAP). En el seguimiento post quirúrgico con un rango de 6 meses a 2 años los pacientes se encuentran asintomáticos y sin recidivas.

DISCUSIÓN: El Gold Estándar del manejo del QBG es la resección, sus manifestaciones pueden ser diversas lo que puede dificultar el diagnóstico; la baja incidencia y la poca experiencia por CMI, hace que los reportes sean bajos. Asseri AA. et al. en su estudio de 5 casos realizaron resección del QBG por CMI en 3 pacientes y 2 casos por toracotomía por presencia de QBG complejo; en nuestro estudio el manejo del QBG por CMI fue reproducido en todos los pacientes incluso en el paciente con QBG complejo con MCVAP al igual que Fievet L. et al. El QBG es una entidad patológica muy rara con baja incidencia a nivel mundial sin embargo en nuestro hospital se presentaron 5 casos en 5 años, comparado con Cohn JE et al. que reporta 6 pacientes en un periodo de 10 años y refiere que al realizar la resección por CMI ante la presencia de síntomas reduce complicaciones pre y trans quirúrgicas. Sigue siendo controversial el manejo de pacientes asintomáticos con diagnóstico prenatal donde existe la posibilidad de involución como uno de nuestros casos.

CONCLUSIÓN: Los quistes broncogénicos en niños deben de tratarse a la brevedad ante la presencia de síntomas, una opción para el manejo es CMI por cirujanos capacitados y en centros especializados, dado que la evolución puede ser incierta.

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE HEMANGIOENDOTELIOMA KAPOSIFORME CON FENÓMENO DE KASABACH MERRIT EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Autor: Fernanda Díaz Samano
Coautores: Jose Antonio Gutierrez Ureña, Jaime Orozco Perez, Laura Olivia Montaña Angeles
Ponente: Fernanda Díaz Samano
Institución: Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

INTRODUCCIÓN: El Hemangioendotelioma Kaposiforme (HEK) es un tumor vascular benigno con un comportamiento agresivo que invade y destruye las estructuras adyacentes. Se diagnostica generalmente durante el primer año de vida, los principales sitios de localización son extremidades y tronco, tiene alta morbi-mortalidad debido a sus características invasivas, efectos compresivos y a la presencia del Síndrome de Kasabach Merritt (SKM) caracterizado por trombocitopenia grave, anemia hemolítica microangiopática y coagulopatía por consumo. El objetivo del presente trabajo es evaluar terapéutica empleada y su respuesta clínica y para-clínica en pacientes con HEK y SKM.

MATERIAL Y MÉTODOS: Es una serie de casos, donde se analizaron las siguientes variables: edad, género, manifestaciones clínicas, sitio de presentación, asociación con SKM, cuenta plaquetaria, fibrinógeno, tipo de tratamiento y respuesta al mismo. No hay conflicto de intereses.

RESULTADOS: Se estudiaron cuatro pacientes en un periodo de siete años (2016-2023) con diagnóstico de HEK y asociación con SKM. Caso 1. Masculino de 1 día de vida, con lesión congénita en tórax posterior derecha de 10x15cm. Caso 2. Femenina de 20 días de vida, con lesión cervicofacial derecha 10x11x12cm, causando desplazamiento de vía aérea y esófago, requirió apoyo ventilatorio. Caso 3. Femenina de 12 días de vida, con tumor localizado en tórax y región de hombro derecho, color violeta, no dolorosa. Caso 4. Femenina de 1 año 8 meses de edad, con lesión en región escapular izquierda de 4x4cm. Todos los pacientes recibieron transfusiones previo a la valoración por nuestro servicio con diferentes productos sanguíneos: plaquetas, plasma fresco, concentrado eritrocitario y crioprecipitados. El tratamiento consistió en el uso de un inhibidor mTOR Sirolimus-Rapamicina vía oral, dosis 0.8mg/m²/día y Corticoesteroides intravenosos en ciclos cortos (tres semanas en promedio). La edad de presentación media fue 5.2 meses, el sitio de localización más frecuente fue en la región torácica en tres pacientes y cervico-facial en uno. La respuesta al Sirolimus-Rapamicina en combinación con el ciclo corto de corticoesteroides

con normalización de plaquetas, hemoglobina y fibrinógeno se observó en promedio a las 3 semanas en tres pacientes, así como el inicio de la involución del tumor, un paciente tuvo resultado desfavorable por tratamiento tardío, el cual fue politransfundido, no tuvo respuesta y falleció.

DISCUSIÓN: Anteriormente el tratamiento de HEK y SKM era a base de Vincristina y/o corticoesteroides con respuestas tardías en la corrección de la coagulopatía por consumo y con resultados poco favorables así como mayores efectos colaterales. Aunque la monoterapia con inhibidores mTOR tiene resultados favorables, la combinación con corticoesteroides está recomendada en casos graves.

El mTor actúa como interruptor de procesos celulares que incluyen crecimiento celular y angiogénesis; el sirolimus es un agente inmunosupresor con estructura de lactona macrocíclica producido por *Streptomyces hygroscopicus*, inhibe la activación de las células T mediante bloqueo de la transducción de señales intracelulares dependientes e independientes de calcio que interrumpe procesos de angiogénesis. El uso de inhibidores mTOR (Sirolimus-Rapamicina) se considera de primera línea al producir una rápida normalización del conteo plaquetario y de niveles de fibrinógeno. La combinación con el uso de esteroides en periodos cortos en casos graves es el tratamiento en la actualidad con mejores resultados.

CONCLUSIÓN: El uso de inhibidores mTOR de forma temprana y oportuna en advuancia con el uso de esteroides, ha demostrado ser el tratamiento más eficaz para el HEK con SKM en casos severos, con respuesta favorable, rápida y eficaz en la regularización de la coagulopatía (regulación de los niveles de plaquetas, fibrinógeno y tiempos de la coagulación), así como en la involución del tumor.

RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y FUNCIONALES EN PACIENTES CON TUMOR DE WILMS BILATERAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Autor: José Eduardo Portillo Morales
Coautores: Pablo Lezama Del Valle
Ponente: José Eduardo Portillo Morales
Institución: Hospital Infantil De México "Dr. Federico Gómez".

INTRODUCCIÓN: La afección bilateral del Tumor de Wilms (TW) ocurre en el 4-13% de los pacientes, tiene una supervivencia global del 85%, la incidencia de Enfermedad renal crónica terminal (ERCT) para los supervivientes de TW bilateral es del 12% y mucho más alta en niños con síndromes genéticos; Sx. de Denys-Drash (75%) o WAGR (50%).

El riesgo de desarrollar insuficiencia renal es inversamente proporcional a la cantidad de parénquima renal posterior a la cirugía (1), por lo tanto, la cirugía preservadora de nefronas es el tratamiento quirúrgico de elección ya que conserva la mayor cantidad de parénquima renal sano, aun así, el 50% de los pacientes requieren nefroureterectomía radical unilateral(2)(3). El objetivo del estudio es analizar la evolución de pacientes con TW bilateral que recibieron tratamiento multimodal (quimioterapia, cirugía, radioterapia) evaluando la supervivencia global y libre de enfermedad, así como el impacto en la función renal y otras comorbilidades.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se revisaron expedientes de pacientes con TW bilateral atendidos en los últimos 10 años (2012-2022) que recibieron tratamiento multimodal y se analizaron los resultados oncológicos y de funcionalidad (hipertensión, función renal).

RESULTADOS: Se recabó información de 16 pacientes, todos recibieron tratamiento multimodal y se realizó cirugía preservadora de nefronas en todos los pacientes, el 43% (7 pacientes) ameritó nefroureterectomía radical, el seguimiento de los pacientes fue en promedio de 5 años, 14 pacientes continúan en vigilancia, 1 en tratamiento actual por recaída y 1 falleció, solo 3 pacientes presentan disminución moderada de la TFG (KDIGO III) y una paciente con ERCT que ameritó hemodiálisis y posteriormente trasplante renal. 6 pacientes tuvieron síndrome genético asociado y 4 de ellos

disminución leve-moderada de la TFG, 8 pacientes tienen hipertensión arterial controlada.

DISCUSIÓN: La incidencia de TW bilateral es del 16%, la supervivencia global es del 93% y libre de enfermedad del 62.5%, se estimó una prevalencia de 6.6% (1 paciente) para ERCT y del 50% para HAS en nuestro grupo de pacientes, 5/6 pacientes con TFG normal tienen el equivalente a 1.0 o más de unidad renal y todos los pacientes con ERC KDIGO III o más tienen < 1.0 de equivalente, asimismo todo este último grupo tiene antecedente de nefroureterectomía.

CONCLUSIONES: La supervivencia global es equiparable a centros de referencia internacional, la supervivencia libre de enfermedad es inferior, cabe mencionar que las recaídas se trataron con resultados favorables. La disminución del parénquima renal secundario al tratamiento quirúrgico es el factor de riesgo que más se asocia con el deterioro de la función renal observando mayor prevalencia en pacientes con nefrectomía radical, el preservar mínimo el equivalente a 1.0 de unidad renal puede evitar disminución de la TFG a corto o mediano plazo, la quimioterapia neoadyuvante favorece la reseabilidad y hace posible la cirugía preservadora de nefronas, la hipertensión arterial se presenta con frecuencia posterior al tratamiento pero es controlable con medicamentos.

ATELECTASIA PERSISTENTE EN PACIENTE PEDIATRICO: TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE TUMOR CARCINOIDE ENDOBRONQUIAL.

Autor: Eder Gerardo Lemus Castelán
Coautores: Janet Amairani Bueno Montiel, Jorge Fonseca Nájera, Humberto Bermúdez Gómez, María Dolores Ortiz Hernández
Ponente: Janet Amairani Bueno Montiel
Institución: UMAE Hospital General Del Centro Médico Nacional "La Raza"

OBJETIVO. El objetivo del caso clínico es dar a conocer la factibilidad del tratamiento endoscópico del tumor carcinoide endobronquial en pacientes pediátricos, así como conocer el cuadro clínico de este tipo de tumores infrecuentes.

CASO CLÍNICO. Paciente masculino de 17 años de edad, previamente sano, quien inicia su padecimiento 7 meses previos a su ingreso con presencia de tos no cianozante, disneizante ni emetizante, tratado como infección de vías respiratorias; posteriormente 2 meses con astenia, adinamia, fiebre intermitente, diaforesis nocturna y pérdida de peso de 8 kg. En sus controles radiográficos con presencia de atelectasia de forma recurrente. Ingres a urgencias en hospital de segundo nivel por dificultad respiratoria severa que ameritó ventilación mecánica; como hallazgo en la auscultación pulmonar se detectó una disminución de los ruidos respiratorios en el hemitórax izquierdo con predominio en el vértice y atelectasia de pulmón izquierdo.

Se realizó tomografía de tórax (TC) contrastada reportando colapso pulmonar izquierdo por atelectasia total, desplazamiento de estructuras mediastinales ipsilateral, derrame pleural izquierdo, adenomegalias mediastinales y una tumoración nodular hipervascul ar izquierda endobronquial en el bronquio principal izquierdo, que oblitera lumen y condiciona atelectasia; el tumor con arteria nutricia aparente de aorta, a 14 mm de carina. Se decidió realizar tratamiento endoscópico por broncoscopia, teniendo los siguientes hallazgos: tumor localizado en bronquio principal izquierdo, a 2cm de la carina de aspecto nodular de aproximadamente 1.5cm - 2cm de tamaño, con áreas necróticas y áreas de coágulos antiguos; era sésil y obstruía la luz endobronquial, de consistencia sólida, además con presencia de abundante secreción blanca espesa; resto sin alteraciones.

En primera instancia se tomaron biopsias incisionales con criosonda y en transoperatorio se reporta probable tumor neuroendocrino; se realiza resección total de la lesión con asa monopolar por broncoscopia, realizándose sin incidentes. En el postoperatorio con evolución favorable, disminuyendo los datos de dificultad respiratoria y con remisión de la atelectasia gradualmente.

A los 2 meses de seguimiento sin datos de alarma a nivel ventilatorio, control radiológico sin alteración pleuropulmonar; reporte de histopatología: tumor carcinoide/neuroendocrino atípico Grado 2, inmunohistoquímica ki67 positivo 2-5%.

DISCUSIÓN. Los tumores pulmonares endobronquiales primarios son raros en la infancia y es difícil estimar su incidencia; de éstos, el tumor carcinoide bronquial es el más frecuente en la infancia hasta en un 30 %. De acuerdo con su ubicación, se pueden clasificar como centrales y periféricos si tienen proximidad a pleura. Dada su capacidad de producción de hormonas, como insulina, gastrina, serotonina, péptido intestinal vasoactivo e histamina, pueden inducir síntomas sistémicos; los pacientes con tumor pulmonar pueden presentar síntomas neumónicos, tos, hemoptisis, sibilancias o dolor torácico. Radiológicamente, pueden presentarse como atelectasias y hay enfermedad metastásica entre un 5-7% de los casos a ganglios mediastinales, hígado, huesos y piel.

La resección total del tumor se asocia con un muy buen pronóstico. Este caso destaca la evaluación de atelectasia de inicio agudo y persistente en un paciente de 17 años, que condujo al diagnóstico de una causa inusual de una lesión endobronquial; los tumores carcinoides bronquiales primarios de patología atípica son infrecuentes y la sospecha puede ser inicialmente una atelectasia persistente. Nuestro paciente no presentó ninguna de las características del síndrome de neoplasia endocrina múltiple u otros a los que comúnmente se asocian.

La identificación por broncoscopia y su tratamiento son factibles cuando se tiene el recurso disponible y la experiencia para su resección endoscópica; de ésta forma disminuyendo los riesgos de una cirugía abierta. Determinar la histopatología es fundamental para el tipo de tratamiento que se puede ofrecer y así mismo con fines pronósticos.

MODIFICACIÓN DEL DOCKING EN LA RESECCIÓN DE TUMOR DE MEDIASTINO ANTERIOR, CON PLATAFORMA DA VINCI XI EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO.

Autor: Ricardo Mingarini Terra
Coautores: Christian Elena Archivaldo García, Eserval Rocha Jr, Leticia Lauricella
Ponente: Christian Elena Archivaldo García
Institución: Hospital Israelita Albert Einstein

OBJETIVO: El quiste broncogénico es una malformación benigna poco frecuente, localizada en mediastino y parénquima pulmonar. Desarrollado a partir de un brote anómalo de divertículo traqueal. Las indicaciones quirúrgicas son la obstrucción de la vía aérea y presentación de infecciones de vías aéreas, además del riesgo de rotura por crecimiento.

El objetivo del trabajo es dar a conocer las modificaciones del docking en la plataforma DaVinci XI en un paciente pediátrico que presenta una masa en mediastino anterior con indicación de resección quirúrgica y mostrar las ventajas de utilizar esta plataforma para el abordaje toracoscópico de mínima invasión.

CASO CLÍNICO: Masculino de 5 años de edad sin antecedentes de importancia, peso de 20kg, el cual presenta infección de vía aérea inferior, acudiendo a valoración al aérea de hospitalización con datos de dificultad respiratoria se realiza protocolo de estudio tomando radiografía AP y lateral visualizando radiopacidad en mediastino anterior, la tomografía de tórax en corte axial muestra una lesión quística heterogénea de 7 cm localizada en mediastino anterior con predominio del lado derecho.

Procedimiento quirúrgico: paciente bajo anestesia general, en posición decúbulo dorsal,

Se realiza docking por referencias anatómicas, exceptuando el brazo 1. Brazo 3 (cámara) se coloca en 5to EIC línea axilar anterior derecha, inicia insuflación de Co2 y se infiltran del 3er al 6to EIC bajo visión directa, Brazo 2 en línea axilar anterior derecha en 3er EIC y Brazo 4 colocado en 6to EIC para esternal derecho, trocar auxiliar en 7mo EIC en región de costillas flotantes. Se visualiza área de trabajo identificando estructuras, borde superior del esternón, arteria mamaria interna y nervio frénico, se liberan adherencias de la masa a pulmón, disecando nervio frénico y pleura medias-

tinal, se continúa la disección del borde externo separando la innominada ipsilateral, continuando con el borde superior para movilización de la masa hasta identificar innominada contralateral, la parte interna del quiste se libera sin ruptura del quiste, el borde inferior se disecciona del pericardio. La masa mediastinal se extrae mediante ampliación del puerto accesorio y se coloca mini sello por 24 hrs. La evolución del paciente posquirúrgico con un analgesico no opioide, inicio el mismo día la alimentación, deambulación y egreso al retiro de mini sello y control radiológico sin complicaciones a las 24hrs. Completo esquema antibiótico de manera ambulatoria.

DISCUSIÓN: El reto en el abordaje de mediastino anterior es la disección clara y sin ruptura del quiste broncogénico, la modificación de la colocación del docking con plataforma Da Vinci XI es clave para realizar con seguridad el procedimiento en pacientes pediátricos. El diagnóstico preoperatorio y los estudios de imagen son clave para la planeación quirúrgica. Compartir la experiencia de las ventajas de esta tecnología acumula experiencia para realizar cirugía de mínima invasión permitiendo un abordaje menos traumático y seguro en las lesiones mediastinales.

GANGLIONEUROMA ASOCIADO A NEVO MELANOCÍTICO CONGÉNITO.

Autor: Miguel Ángel Santiago Montor
Coautores: Daniel Hernández Arrazola, Rodrigo Díaz Machorro, Eymard Cruz González, Diego Leonardo Herrera Ojeda
Ponente: Diego Leonardo Herrera Ojeda
Institución: Instituto Nacional De Pediatría

OBJETIVO: Dar a conocer la presentación, evaluación, manejo quirúrgico, así como seguimiento del ganglioneuroma, asociado a nevo melanocítico congénito.

PRESENTACIÓN DE CASO: Femenino de 11 meses, que presenta desde el nacimiento dermatosis en espalda, cuello posterior y región occipital, de coloración marrón oscuro, aterciopelada e hipertriosis, compatible con nevo melanocítico congénito; además de tumoración en cuello posterior, pedunculada, suave, móvil, esférica de 16cm por 11 cm de diámetro, resonancia magnética con evidencia de tumoración dorsal cérico - torácica de tejidos blandos sin compromiso de columna vertebral ni canal espinal, se realizó resección completa con capsula íntegra de la tumoración, evoluciona durante el postquirúrgico sin complicaciones, egresando a las 24 horas, con reporte histopatológico de ganglioneuroma, actualmente en vigilancia, sin evidencia de lesión .

DISCUSIÓN: Hasta el momento se han reportado muy pocos casos de lesiones dérmicas como sustrato de tumor neuroblásticos, una de las asociaciones reportadas es el nevo melanocítico congénito que involucra o como sustrato de un ganglioneuroma, el diagnóstico histopatológico adecuado es clave dado que el espectro de tumores neuroblásticos va desde tumores bien diferenciados con un comportamiento benigno como ganglioneuroma, parcialmente diferenciado como el ganglioneuroblastoma y aquellos sin diferenciación y con malignidad como neuroblastoma; el tratamiento del ganglioneuroma consiste en la resección completa, una adecuada seguimiento clínico e imagenológico constituye el éxito, ante el riesgo excepcional de recidiva y viraje a diferenciación a otros tumores neuroblásticos o presencia de otras neoplasias; el pronóstico es favorable dado su nula capacidad de metastatizar.

LEIOMIOMA UTERINO GIGANTE EN ADOLESCENTE.

Autor: Ingrid Kattan Mejía
Coautores: Evelin Santos , Giovanni Marie, Alex Milán Gómez, Alejandra House
Ponente: Ingrid Kattan Mejía
Institución: Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas.

CASO CLÍNICO: Históricamente se han publicado menos de 20 casos de leiomiomas uterinos en la población pediátrica, sin embargo su prevalencia incrementa con el aumento de la edad, siendo la indicación más común de histerectomía en mujeres adultas.

El objetivo es recalcar la importancia del leiomioma como diagnóstico diferencial de las masas pélvicas en pediatría. Presentamos el caso de una adolescente de 16 años con historia de dos meses de dolor abdominal y sensación de plenitud posprandial.

La menstruación comenzó a los 13 años de edad y no tenía antecedentes de embarazo. El estudio con ultrasonido demostró una gran masa abdomino-pélvica presuntamente de origen ovárico, confirmada por tomografía contrastada.

Se realizó laparotomía exploratoria para una resección completa. La masa pesaba 2,700g y medía 22 x 14.5 x 10 cm; el estudio patológico confirmó leiomioma hialinizado. La paciente permanece asintomática a los 2 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN: En vista que los leiomiomas uterinos son un hallazgo infrecuente en la población pediátrica, el tratamiento se extrapola de lo ofrecido a las mujeres adultas.

La miomectomía aunque agresiva, es el tratamiento de elección, permitiendo la preservación de la fertilidad.

TRAQUEO-BRONCOPLASTÍA UNA ALTERNATIVA QUIRÚRGICA QUE EVITA RESECCIONES PULMONARES EN LAS OBSTRUCCIONES DE LA VÍA AÉREA CENTRAL EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS

Autor: Rogelio Sancho Hernández
Coautores: Donaji De Jesus Rodríguez Ortiz, Alejandro Pájaro Vallin, Héctor Santiago Diliz Nava, Rubén Ernesto Carlos Corona
Ponente: Donaji De Jesús Rodríguez Ortiz
Institución: Instituto Nacional De Pediatría.

INTRODUCCIÓN. La obstrucción traqueobronquial en pediatría tiene una amplia variedad de causas intra y extraluminales que ocuyen la vía aérea central, las cuales pueden causar infecciones respiratorias recurrentes, disnea o pérdida de la función pulmonar. Existen múltiples enfermedades donde algunos tratamientos bronquiales endoluminales tienen limitaciones, por lo que es importante plantearse la posibilidad de realizar una intervención quirúrgica que elimine la obstrucción sin resecciones pulmonares extensas sino con una remodelación o anastomosis primaria de la tráquea y/o bronquio que permitan la preservación del parénquima pulmonar.

El objetivo fue determinar la utilidad, seguridad y características de las traqueo-broncoplastias (TBP) para el tratamiento de neoplasias de bajo grado y otras estenosis benignas en pacientes pediátricos.

MATERIAL Y MÉTODOS. En un instituto público pediátrico de tercer nivel se evaluaron de forma retrospectiva y descriptiva, en el periodo de enero de 2018 a diciembre de 2022 las características de los pacientes con estenosis traqueo-bronquiales intrínsecas o extrínsecas a quienes se les realizó traqueo-broncoplastia abierta electiva, así como su evolución y complicaciones.

RESULTADOS. Se encontraron 6 pacientes a quienes se dividieron en los siguientes grupos: Grupo A: Obstrucción por enfermedad congénita (OEC) 3 pacientes: el primer paciente con estenosis por anillos traqueales completos con extensión a bronquio izquierdo operado de traqueobroncoplastia tipo slide, el segundo paciente con quiste broncogénico con compresión de carina y ambos bronquios operado de reconstrucción de carina y broncoplastia bilateral anterior con anastomosis en barril y el tercer paciente con quiste broncogénico con compresión total extrínseca del bronquio izquierdo, operado de broncoplastia izquierda. GRUPO B.

Obstrucción extrínseca por tumoración (OET) 2 pacientes; el primero con tumor miofibroblástico con compresión de bronquio derecho, operado de resección total del tumor por bilobectomía con broncoplastia preservadora de bronquio superior derecho, el segundo paciente con carcinoma mucoepidermoide con resección por bilobectomía y broncoplastia en cuña del bronquio intermedio al bronquio superior. Grupo C. Obstrucción por cuerpo extraño (OCE) 1 paciente con alojamiento crónico de cuerpo extraño punzocortante (tachuela) en bronquio izquierdo, con estenosis por inflamación, realizando broncoplastia principal con anastomosis termino-terminal.

DISCUSIÓN. Las plastias bronquiales se desarrollaron inicialmente para pacientes con función pulmonar comprometida que no toleraban neumonectomías; actualmente están indicados en lesiones obstructivas anatómicamente susceptibles de preservación de parénquima pulmonar independientemente de la función pulmonar. Las TBP son un procedimiento que permite a los pacientes la mayor posibilidad de eliminar lesiones obstructivas de las vías respiratorias y preservación del parénquima pulmonar que otorgarían mejores resultados funcionales a largo plazo.

CONCLUSIONES. La preservación pulmonar por traqueo-broncoplastia es una opción segura en pediatría para neoplasias de bajo grado y otras estenosis benignas, en nuestra serie no se presentaron complicaciones mayores y se tuvo una adecuada expansión pulmonar evitando la neumonectomía en pacientes correctamente seleccionados.

RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES CON PRESENTACIONES POCO COMÚNES.

Autor: Lucero Hernández Rivera
Coautores: Lucero Hernández Rivera, Héctor Pérez Lorenzana, Gerardo Jiménez García, Tomas Felipe Gil Villa
Ponente: Lucero Hernández Rivera
Institución: UMAE Hospital General Del Centro Médico Nacional “La Raza”.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) engloba a la Colitis ulcerativa crónica Inespecífica (CUCI) y la Enfermedad de Crohn (EC), son poco frecuentes en la edad pediátrica, con diferentes manifestaciones clínicas lo que hace difícil el diagnóstico y la toma de decisiones quirúrgicas.

OBJETIVO: Analizar las diferentes presentaciones clínicas de la EII y su manejo quirúrgico individualizado. No existe conflicto de interés entre los autores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, transversal, observacional, unicéntrico, de pacientes pediátricos con EII, en el periodo comprendido del 2019 al 2023 en clínica de cirugía colorrectal de un hospital de tercer nivel, la EII fue clasificada en dos grupos, Grupo 1: pacientes con CUCI, Grupo 2: pacientes con EC. En los dos grupos se analizaron las siguientes variables: sexo, edad al diagnóstico, asociaciones a patologías colorrectales, presentación clínica, y tratamiento quirúrgico. Se realizó análisis estadístico para las variables cualitativas, con medidas de tendencia central.

RESULTADOS: En total se analizaron seis pacientes. Grupo 1: Se registraron 4 casos, relación 2:2 hombre/mujer, con una media de 9 años. Tres pacientes con asociación a patología colorrectal: malformación anorrectal (MAR), prolapso rectal secundario a pólipo, enfermedad de Hirschsprung (EH); solo una paciente sin asociación a patología colorrectal. Presentaciones clínicas: los cuatro pacientes presentaron sangrado de tubo digestivo bajo, con anemia secundaria. Se realizaron colonoscopias con toma de biopsia integrando el diagnóstico histopatológico, e iniciando terapia biológica. Al cumplir nadir del biológico y PUCAI de 0, se llevó a cabo la planeación quirúrgica para la corrección de la patología colorrectal asociada: anorrectoplastia sagital posterior y cierre de colostomía en el primer caso.

Polipectomía y rectopexia laparoscópica, en el caso 2. E ileostomía en el caso 3. La paciente sin asociación a patología colorrectal con antecedente de anemia aplásica por ciclosporina, corticorresistencia y falla al tratamiento con biológico, con afectación progresiva de la enfermedad desde el recto hasta 10 cms del ileon, en primer tiempo quirúrgico, colectomía total con anastomosis mecánica ileo-rectal e ileostomía protectora.

En segundo tiempo cierre de ileostomía con sutura mecánica. Actualmente con mejoría de la calidad de vida, en manejo con terapia biológica. Grupo 2: dos casos con relación 1:1 hombre/mujer, con una media de edad de 11.5 años, sin patología colorrectal asociada, ambos con presentación de dolor abdominal recurrente, endoscopia y colonoscopia sin afeciones aparentes; caso 1: paciente masculino con pérdida de peso y vómitos postprandiales, tomografía con engrosamiento de colon sin obstrucción. Laparotomía exploradora, engrosamiento del ciego, 10 cms de colon ascendente y válvula ileocecal, resección y anastomosis ileocolónica con sutura mecánica, posterior a la cirugía con manifestaciones extraintestinales con mucositis y artralgias, actualmente sin datos de estenosis. Caso 2: paciente con Enfermedad Behcet, con cuadro de oclusión intestinal de repetición, se realizó tomografía con hallazgo de lesión en pared del ciego y colon ascendente, se decide abordaje quirúrgico con resección intestinal de porciones afectadas con anastomosis termino terminal; actualmente asintomática en tratamiento con terapia biológica. En ninguno de los dos casos se sospecho de EC, hasta el reporte histopatológico.

DISCUSIÓN. No existe un criterio único ni patognomónico para el diagnóstico de la EII, se requiere un conjunto de condiciones para su diagnóstico. La endoscopia y colonoscopia con biopsias es esencial para el diagnóstico diferencial de CUCI y EC e identificar la localización y extensión. Los objetivos del tratamiento son eliminar síntomas, favorecer el crecimiento, eliminar complicaciones y mejorar calidad de vida.

CONCLUSIÓN: La EII es un reto para el cirujano pediatra, la toma de decisiones dependerá de la presentación clínica, patología asociada y debe ser individualizada. Al ser una enfermedad poco común, no existe un consenso para definir el momento ideal del tratamiento definitivo sin embargo debe considerarse la restauración del tracto intestinal cuando se diagnostica obstrucción y la colectomía cuando existe falla al tratamiento, sin olvidar que puede estar asociada a otras enfermedades colorrectales que ameritan resolución quirúrgica siempre con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

COLEDOCOLITIASIS EN PEDIATRÍA. UN RETO EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA.

Autor: Valery Selene Valadez Guerrero
Coautores: Héctor Pérez Lorenzana, Laura Cecilia Cisneros Gasca, Jorge Alejandro Fonseca Nájera, Valery Selene Valadez Guerrero
Ponente: Valery Selene Valadez Guerrero
Institución: UMAE Hospital General Del Centro Médico Nacional “La Raza”.

INTRODUCCION: La coledocolitiasis (CDLT) se presenta como una complicación de la litiasis vesicular, una entidad común en adultos sin embargo poco frecuente en la edad pediátrica (1). Actualmente se ha presentado un aumento en la CLDT probablemente como resultado del incremento de factores de riesgo, sin embargo, la realización de estudios como la CPRE en este grupo es raro debido a la limitación de su disponibilidad y de endoscopistas capacitados en este grupo de edad.

OBJETIVO: Mostrar la experiencia en el manejo de la CDLT en la población pediátrica en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Es un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, en pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis, del 2019 al 2023. Variables: Edad, sexo, peso, tipo de tratamiento empleado, complicaciones.

RESULTADOS: En 5 años se diagnosticaron 281 pacientes con enfermedad litiasica de la vía biliar, 12 correspondieron a coledocolitiasis (4.2%) corroborado por colangiografía.

Con un rango de edad de 12 a 17 años, predominio de género femenino 3:1, el 83% con obesidad o sobrepeso. En el 75% presente cuadro de dolor abdominal de repetición antes del diagnóstico y el 41% presentaron ictericia dentro de su cuadro clínico. Respecto al tratamiento, al 83% se le realizó CPRE con esfinterectomía preoperatoria y colecistectomía a las 72hrs posteriores al estudio, al 17% de los pacientes que se le realizó colangiografía transoperatoria se evidencio la presencia de coledocolitiasis, en 2 se resolvieron con CPRE post operatoria y en 1 transoperatoriamente.

No hubo complicaciones trans y postoperatorias reportadas en nuestra serie de estudio. Con una media de estancia hospitalaria de 4.5 días posterior a la CPRE.

DISCUSIÓN: La enfermedad litiasica en pediatría se asociaba más frecuentemente a enfermedades hematológicas y metabólicas, hoy en día asociado a incremento de los factores de riesgo como la mala alimentación y sedentarismo así como la ampliación de la atención en nuestro hospital hasta los 18 años de edad ha dado como resultado una alta incidencia de enfermedad litiasica de la vía biliar de los cuales un porcentaje significativo se ha complicado con coledocolitiasis, esto a su vez derivo a un nuevo reto para su manejo, ya que hasta hace poco se encontraba fuera del dominio del cirujano pediatra lo que nos ha llevado a buscar una planeación y tratamiento dirigido para esta enfermedad.

La CPRE es el método diagnóstico y terapéutico para liberar la obstrucción del colédoco, pero debido a la dificultad técnica y baja prevalencia no se realiza de forma frecuente en niños. Si bien existen publicaciones de autores internacionales como Keane con 87 procedimientos, en México hay poca literatura escrita.

CONCLUSIÓN: La experiencia obtenida en esta serie nos permite hacer algunas recomendaciones y proponer un algoritmo de manejo en pacientes pediátricos.

PREMIACIÓN TRABAJOS DEL CONGRESO:**MEJOR TRABAJO DEL CONGRESO NACIONAL.**

RESULTADOS A LARGO PLAZO DE TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO DE DONADOR VIVO VS DONADOR FALLECIDO. ¿CUÁL ES MEJOR?

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "DR. FEDERICO GÓMEZ"
PONENTE: JOSÉ MANUEL TOVILLA-GUTIÉRREZ

TRABAJOS LIBRES**PRIMER LUGAR**

DESCENSO EN ZONA DE TRANSICIÓN HISTOLÓGICA EN LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG. RESULTADOS FUNCIONALES POSTOPERATORIOS, Y RECOMENDACIONES ACTUALES.

CHILDREN'S HOSPITAL COLORADO
PONENTE: ALFREDO DOMÍNGUEZ MUÑOZ

SEGUNDO LUGAR

RESECCIÓN DE QUISTE DE COLEDOCO Y HEPATODUODENO ANASTOMOSIS CON SISTEMA QUIRÚRGICO DA VINCI.

CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE
PONENTE: DR. FIDEL LEONARDO LÓPEZ DE PORTUGAL

TERCER LUGAR

HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS EN NIÑOS CON MIGRACIÓN TRANSTORÁCICA DE LA FUNDUPLICATURA.

PONENTE: NELSON ARIEL LUTINO RIVERA
HOSPITAL STAR MÉDICA HIP

CASOS CLÍNICOS

PRIMER LUGAR

NEFRECTOMÍA BILATERAL, DERIVACIÓN MESO-RENAL Y TRASPLANTE RENAL EN UN SOLO TIEMPO QUIRÚRGICO, COMO TRATAMIENTO DEFINITIVO DE HIPERTENSIÓN PORTAL HEMORRÁGICA E INSUFICIENCIA RENAL SECUNDARIOS A ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA Y FIBROSIS HEPÁTICA CONGÉNITA

PONENTE: JESÚS ADRIAN DIAZ RIVERO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO, FEDERICO GÓMEZ

SEGUNDO LUGAR

GASTROSQUISIS SIMPLE, COMPLICADA CON MÚLTIPLES PERFORACIONES, ABDOMEN CONGELADO Y PÉRDIDA DE DOMINIO ABDOMINAL. UN FINAL FELIZ.

PONENTE: DRA. DIANA ALONDRA CAYETANO CABRERA
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO, FEDERICO GÓMEZ

TERCER LUGAR

SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR TRATADO CON CIRUGÍA DE MÍNIMA INVASIÓN, REPORTE DE 3 CASOS

PONENTE: EDUARDO DE LA ROSA BUSTAMANTE
HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL

POSTER

PRIMER LUGAR

PRIMER CASO EN MÉXICO DE USO DE NEUMOPERITONEO PROGRESIVO PREQUIRÚRGICO Y TOXINA BOTULÍNICA PARA REPARACIÓN DE HERNIA VENTRAL CON PÉRDIDA DE DOMINIO.

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO, FEDERICO GÓMEZ
PONENTE: MARIO JAVIER PEÑA GARCÍA

SEGUNDO LUGAR

QUISTE HEPÁTICO SIMPLE RECIDIVANTE EN PEDIATRÍA, OPCIONES TERAPÉUTICAS: REPORTE DE CASO

PONENTE: DR. EFRÉN DELGADO MENDOZA
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO, FEDERICO GÓMEZ

TERCER LUGAR

HAMARTOMA DEL COLÉDOCO COMO CAUSA DE ESTENOSIS DE LA VÍA BILIAR NO DESCRITA EN PEDIATRÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

PONENTE: AGUSTÍN MAYCOTTE ARMENTA
UMAE HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL
LA RAZA "DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA"

PREMIO GEN

MALFORMACIÓN QUIÍSTICA DE LA VÍA BILIAR: MANEJO Y CONDUCTA ACTUAL EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PRENATAL.

PONENTE: DIEGO ALBERTO MILLÁN RUBIO
UMAE HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL
LA RAZA "DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA"



DISEÑO Y FORMACIÓN EDITORIAL:

LIC. D.C.V. J. ADRIÁN RUIZ SEGURA

**ESTA OBRA SE TERMINO DE MAQUETAR
EL 9 DE SEPTIEMBRE DEL 2023 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.**